

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO

DIPLOMSKA NALOGA

IZOLA, junij, 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

VPLIV EKONOMSKIH RAZMER NA ZDRAVJE

THE IMPACT OF ECONOMIC CONDITIONS ON HEALTH

Študent: AMELA LEVIĆ

Mentor: mag. SILVANA ŠONC

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, junij, 2009

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Pri obravnavi vzrokov, ki vplivajo na nastanek bolezni, velikokrat prezremo psihološke ali socialne vzroke. Zdravje vključuje vse komponente osebnosti. Če se ena komponenta poruši, nastane bolezen. Trenutno stanje zdravja prebivalstva v državi ugotavljamo skozi kazalce zdravja. V Sloveniji je porast t.i. sodobnih bolezni. Največ je kardiovaskularnih bolezni, raka, sladkorne bolezni in depresij. Cilj diplomskega dela je opisati vpliv materialnega stanja na nastanek bolezni, razložiti zvezo med zdravjem in socialno neenakostjo, predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi človeka nižjega ekonomskega sloja, narediti raziskavo o vplivu ekonomskih razmer na zdravje in ugotoviti, ali je nezdrav življenjski slog praksa tistih, ki so na dnu ekonomske lestvice.

V diplomski nalogi sta bili uporabljeni deskriptivna in eksperimentalna metoda. Izvedena je bila raziskava v kraju Žusterna v Kopru, s pomočjo katere se je ugotavljalo obstoječe stanje vpliva ekonomskih razmer na zdravje.

Bistvene ugotovitve so, da ekonomske razmere vplivajo na zdravje. Ljudje z nižjim materialnim stanjem posegajo po nezdravem življenjskem slogu in imajo več bolezni. Medicinska sestra ima pri tem pomembno vlogo, saj je v neposredni povezavi z bolnikom in s tem odkriva revščino. Njena vloga je tudi zdravstvena vzgoja in promoviranje zdravega življenjskega sloga.

Ključne besede: zdravje, ekonomske razmere, medicinska sestra

ABSTRACT AND KEYWORDS

When considering the causes, that have an impact on the disease, we often overlooks the psychological or social causes. Health includes all the components of personality. If one component is destroyed, resulting disease. Through the observation of health indicators of the current state we determinate health of the population in the country. In Slovenia are increasing so-called advanced disease. Most is cardiovascular disease, cancer, diabetes and depression. The aim of diploma is to present the economic impact on the formation of disease, the link between health and social inequalities, the role of nurses in analyse people with a lower economic layer, do a research about the impact of economic conditions on health and determine if is a sub-life-style practice of the people at the bottom of the economic scale.

In diploma were used descriptive and experimental method. It was done the research in place Žusterna in Koper, by examining the current state of the economic impact on the health.

The essential findings are that economical conditions have impact on health. People with lower material prejudice unhealthy life style and have more disease. The nurse has an important role, because she is directly related to the patients and thus reveals poverty. The role of nurse is also to promote health education and healthy living style.

Keywords: health, economic conditions, nurse

KAZALO VSEBINE

1.	UVOD.....	1
2.	ZDRAVJE IN KAZALCI ZDRAVJA	3
2.1.	Zdravje in družbeni dejavniki.....	4
2.2.	Družbena sprejemljivost	4
2.3.	Razlike v zdravstvenem stanju	5
3.	SOCIALNI VIDIKI ZDRAVJA.....	7
3.1.	Spremembe vzorcev bolezni v družbi	7
3.2.	Socialne determinante zdravja.....	8
3.2.1.	Socialni gradient.....	8
3.2.2.	Stres	9
3.2.3.	Zgodnje življenje	10
3.2.4.	Socialna izolacija.....	10
3.2.5.	Delo	11
3.2.6.	Nezaposlenost.....	12
3.2.7.	Socialna podpora	13
3.2.8.	Zasvojenost.....	14
3.2.9.	Hrana	15
3.2.10.	Transport.....	16
4.	ZDRAVJE IN SOCIALNA NEENAKOST	18
4.1.	Zveza med zdravjem in socialno neenakostjo	18
4.1.1.	Kritika individualiziranega modela	19
4.1.2.	Stres kot mehanizem pretvorbe socialnih neenakosti v bolezen	20
4.2.	Dosedanje analize zveze med socialno neenakostjo in zdravjem: Slovensko javno mnenje – Raziskava o zdravju in zdravstvu 2001	21
5.	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK BOLEZNI	23
6.	VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI LJUDI NIŽJEGA EKONOMSKEGA SLOJA	25
6.1.	Zdravstvena vzgoja ljudi nižjega ekonomskega sloja in promocija zdravja	28
7.	RAZISKOVALNI DEL DIPLOMSKE NALOGE	31
7.1.	Opredelitev problema	31
7.2.	Namen in cilj raziskave	31
7.3.	Hipoteze.....	31
7.4.	Materiali in metode.....	32
7.4.1.	Metodologija raziskovanja	32
7.4.2.	Način zbiranja podatkov	32
7.5.	Osnovni podatki.....	33
7.6.	Obiskovanje zdravnika	38
7.6.1.	Obiskovanje zdravnika zaradi glavobola.....	40
7.6.2.	Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada.....	42
7.6.3.	Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije	45
7.6.4.	Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih.....	47
7.6.5.	Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem	49
7.6.6.	Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu	51
7.6.7.	Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti	53
7.6.8.	Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti	54
7.7.	Težave v zadnjem letu	56
7.8.	Bolezni, za katerimi se anketiranci redno zdravijo.....	59

7.9.	Ocena zdravstvenega stanja.....	62
7.10.	Ukvarjanje s športom.....	64
7.11.	Ukvarjanje s hobiji	66
7.12.	Kajenje med anketiranci	68
7.13.	Uživanje alkohola	70
7.14.	Razvade	73
7.15.	Zdrava prehrana.....	79
7.16.	Ocena ekonomskega stanja.....	87
7.17.	Odpovedovanje nakupu stvari	90
8.	RAZPRAVA.....	91
9.	ZAKLJUČNE UGOTOVITVE	95
10.	SEZNAM VIROV	97
11.	PRILOGE	98

KAZALO SLIK

Slika 1: Struktura anketirancev glede na spol	33
Slika 2: Status anketirancev	33
Slika 3: Struktura anketirancev glede na izobrazbo	34
Slika 4: Bivalna struktura	34
Slika 5: Lastniška struktura nepremičnine	35
Slika 6: Ekonomski status in odpovedovanje nakupu stvari	90

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Spol in ekonomsko stanje	35
Preglednica 2: Spol in starost	36
Preglednica 3: Izobrazba in ekonomsko stanje.....	36
Preglednica 4: Ekonomsko stanje in status	36
Preglednica 5: Ekonomsko stanje in starost	37
Preglednica 6: Ekonomsko stanje in lastništvo	37
Preglednica 7: Obiskovanje zdravnika glede na ekonomsko stanje	38
Preglednica 8: Obiskovanje zdravnika glede na izobrazbo	38
Preglednica 9: Obiskovanje zdravnika glede na spol	39
Preglednica 10: Obiskovanje zdravnika glede na status.....	39
Preglednica 11: Obiskovanje zdravnika glede na starost	40
Preglednica 12: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobola glede na ekonomsko stanje	40
Preglednica 13: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na izobrazbo	41
Preglednica 14: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na spol	41
Preglednica 15: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na status	42
Preglednica 16: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na starost.....	42
Preglednica 17: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na ekonomsko stanje	43
Preglednica 18: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na izobrazbo	43
Preglednica 19: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na spol.....	43
Preglednica 20: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na status	44
Preglednica 21: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na starost.....	44
Preglednica 22: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na ekonomski status	45
Preglednica 23: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na izobrazbo	45
Preglednica 24: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na spol	46
Preglednica 25: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na status	46
Preglednica 26: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na starost	46
Preglednica 27: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na ekonomsko stanje ...	47
Preglednica 28: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na izobrazbo	47
Preglednica 29: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na spol.....	48
Preglednica 30: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na status	48
Preglednica 31: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na starost.....	48
Preglednica 32: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na ekonomsko stanje	49
Preglednica 33: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na izobrazbo	49
Preglednica 34: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na spol	50
Preglednica 35: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na status	50
Preglednica 36: obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na starost	50
Preglednica 37: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na ekonomsko stanje ...	51
Preglednica 38: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na izobrazbo	51
Preglednica 39: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na spol	52
Preglednica 40: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na status.....	52
Preglednica 41: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na starost.....	52
Preglednica 42: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na ekonomski status	53
Preglednica 43: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na izobrazbo	53
Preglednica 44: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na spol	53
Preglednica 45: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na status.....	54
Preglednica 46: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na starost	54
Preglednica 47: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na ekonomski status	54

Preglednica 48: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na izobrazbo	55
Preglednica 49: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na spol	55
Preglednica 50: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na status.....	55
Preglednica 51: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na starost	56
Preglednica 52: Težave v zadnjem letu glede na ekonomsko stanje.....	56
Preglednica 53: Težave v zadnjem letu glede na izobrazbo.....	57
Preglednica 54: Težave v zadnjem letu glede na spol	58
Preglednica 55: Težave v zadnjem letu glede na status.....	58
Preglednica 56: Težave v zadnjem letu glede na starost	59
Preglednica 57: Ekonomsko stanje in diagnoze	59
Preglednica 58: Izobrazba in diagnoze	60
Preglednica 59: Spol in diagnoze	60
Preglednica 60: Status in diagnoze	61
Preglednica 61: Starost in diagnoze.....	61
Preglednica 62: Ekonomsko stanje in ocena zdravstvenega stanja	62
Preglednica 63: Izobrazba in ocena zdravstvenega stanja.....	62
Preglednica 64: Spol in ocena zdravstvenega stanja	63
Preglednica 65: Status in ocena zdravstvenega stanja.....	63
Preglednica 66: Starost in ocena zdravstvenega stanja	64
Preglednica 67: Ukvarjanje s športom glede na ekonomsko stanje.....	64
Preglednica 68: Ukvarjanje s športom glede na izobrazbo.....	65
Preglednica 69: Ukvarjanje s športom glede na spol.....	65
Preglednica 70: Ukvarjanje s športom glede na status	65
Preglednica 71: Ukvarjanje s športom glede na starost.....	66
Preglednica 72: Ekonomsko stanje in hobi	66
Preglednica 73: Izobrazba in hobi	67
Preglednica 74: Spol in hobi.....	67
Preglednica 75: Status in hobi	67
Preglednica 76: Starost in hobi.....	68
Preglednica 77: Kajenje in ekonomsko stanje	68
Preglednica 78: Kajenje in izobrazba	69
Preglednica 79: Kajenje in spol	69
Preglednica 80: Kajenje in status	69
Preglednica 81: Kajenje in starost	70
Preglednica 82: Uživanje alkohola glede na ekonomsko stanje.....	70
Preglednica 83: Uživanje alkohola glede na izobrazbo.....	71
Preglednica 84: Uživanje alkohola in spol	72
Preglednica 85: Uživanje alkohola glede na status	72
Preglednica 86: Uživanje alkohola glede na starost	73
Preglednica 87: Razvade in ekonomsko stanje.....	73
Preglednica 88: Razvade in izobrazba.....	75
Preglednica 89: Razvade in spol.....	76
Preglednica 90: Razvade in status	77
Preglednica 91: Razvade in starost.....	78
Preglednica 92: Zdrava prehrana in ekonomsko stanje	80
Preglednica 93: Zdrava prehrana in izobrazba	81
Preglednica 94: Zdrava prehrana in spol	82
Preglednica 95: Zdrava prehrana in status.....	83
Preglednica 96: Zdrava prehrana in starost	84
Preglednica 97: Število obrokov in ekonomsko stanje.....	85

Preglednica 98: Število obrokov in izobrazba	86
Preglednica 99: Število obrokov in spol	86
Preglednica 100: Število obrokov in status	86
Preglednica 101: Število obrokov in starost	87
Preglednica 102: Ocena ekonomskega stanja in ekonomsko stanje	87
Preglednica 103: Ocena ekonomskega stanja in izobrazba	88
Preglednica 104: Ocena ekonomskega stanja in spol	88
Preglednica 105: Ocena ekonomskega stanja in status	89
Preglednica 106: Ocena ekonomskega stanja in starost	89

1. UVOD

Zdravje predstavlja stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Prvotno so zdravje označevali, kot odsotnost bolezni ali onemoglosti. Po novejših spoznanjih in stališčih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt. Sodobna definicija zato opredeljuje zdravje, kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti, kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju (8). Medicinske sestre naj bi pri obravnavi pacientov vključevale vse te komponente, ne samo organske, kjer se je obolenje izrazilo. V sodobni zdravstveni negi ni pomemben samo fiziološki vidik človeka, ampak je človek enkratna, neponovljiva integrirana celota (bio-psiho-socialna-duhovna). Skozi kazalce zdravja ugotavljamo trenutno stanje zdravja prebivalstva v državi. V Sloveniji je porast t.i. sodobnih bolezni. Največ je kardiovaskularnih bolezni, raka, sladkorne bolezni in depresij.

Namen diplomske naloge je pokazati, kako ekonomske razmere vplivajo na zdravje s študijo literature in z eksperimentalno metodo. Bolezni, ki so povzročene z ekonomskimi pomajkanji velikokrat spregledamo in zdravimo posledice bolezni, ne da bi poiskali vzrok bolezni.

Cilj diplomske naloge je predstaviti povezavo zdravja in socialnih neenakosti, opisati socialne vidike zdravja, razložiti socialne determinante zdravja in vlogo medicinske sestre pri obravnavi človeka nižjega socialno-ekonomskega sloja ter narediti raziskavo vpliva ekonomskih razmer na zdravje v Žusterni v Kopru s pomočjo anketnih vprašalnikov.

V diplomski nalogi bomo raziskali, ali materialno stanje vpliva na nastanek bolezni, in sicer ali ima slabo materialno stanje povezavo z nastankom bolezni, ki so posledica nezdravega življenjskega sloga in kakšno vlogo ima medicinska sestra pri obravnavi bolnikov iz nižjega socialno-ekonomskega sloja.

Na podlagi predvidevanj smo postavili dve hipotezi:

1. slabe ekonomske razmere imajo negativen vpliv na zdravje,
2. medicinska sestra ima ključno vlogo pri prepoznavanju bolezni, ki so posledica socio-ekonomskega statusa.

2. ZDRAVJE IN KAZALCI ZDRAVJA

Zdravje predstavlja stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Prvotno so zdravje označevali, kot odsotnost bolezni ali onemoglosti. Po novejših spoznanjih in stališčih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kažejo v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (8).

Zdravja in zdravstvene kondicije še ni mogoče neposredno kvantitativno meriti, zato so v zdravstveni praksi uporabljeni posredni kazalci: integriteta organizma, njegova funkcionalnost in sposobnost prilagajanja ter subjektivno doživljanje zdravja. Lahko pa se zdravstvena kondicija posamezne populacije ocenjuje s pomočjo kazalcev zdravstvene statistike (8). Prvi kazalnik je pričakovana življenjska doba. Nanjo vpliva dednost, biološki dejavniki, način življenja, naravno in ekonomsko okolje in organizacija zdravstvenih služb. Drugi kazalnik je socialno-ekonomski dejavnik. Socio-ekonomski dejavniki vključujejo izobrazbo, varnost zaposlitve in zanesljiv dohodek. Tretji dejavnik je umrljivost dojenčkov. Tu se šteje število umrlih otrok v 1. letu starosti na 1000 živorojenih otrok (15).

2.1. Zdravje in družbeni dejavniki

Slutnje, da družbeni dejavniki vplivajo na zdravje, segajo v zgodovino. Higieniki so že v 19. stoletju opozorili na razliko v umrljivosti med posameznimi družbenimi razredi. Raziskovali so vzroke in iskali razlage v družbenih razmerah. Raziskava, v kateri so opravljali primerjavo smrtnosti zaradi kolere med bogatimi in revnimi v pariški četrti v letu 1832, je ena najbolj znanih. Vendar pa je ukvarjanje z življenjskimi razmerami in okoliščinami, kot so revščina, tveganje pri delu skoraj prenehalo s Pasteurjevimi odkritji. Teorija specifične etiologije, po kateri je za vsako bolezen kriv določen mikrob, je odvrnila pozornost znanstvenikov od družbenih vzrokov (1).

Najboljše izboljšanje zdravja prebivalstva je bilo po drugi svetovni vojni, preden so poznali učinkovite tehnike zdravljenja bolezni. Socialni dejavniki, kot so čista voda, zrak in izboljšana prehrana so bili najpomembnejši (11).

Izvor medicinske sociologije sega v povojno obdobje. Izvira iz Amerike z namenom teoretične spodbude, zaradi družbenih sprememb v luči hitre urbanizacije in industrializacije. Po letu 1970 se je začel razvoj sociologije kot znanosti, pred tem pa je bila pod okriljem medicine. Začeli so aktivno raziskovati družbene dejavnike, ki vplivajo na zdravje (13).

2.2. Družbena sprejemljivost

Družbene razlike so zelo pomembne. To se kaže v raziskovanju razlik v umrljivosti glede na poklicne in družbene kategorije. V Franciji so na tem področju dosegli neverjeten napredek. Med šestdesetimi in osemdesetimi leti prejšnjega stoletja se je umrljivost močno zmanjšala, tako da je verjetnost umrljivosti med 45. in 50. letom pri moških padla z 2.2 na 1.7 odstotka in v populaciji moških na okoli 20 odstotkov (ta padec je še večji pri ženskah). Toda kljub temu je bil napredek pri posameznih kategorijah različen. Zato so danes razlike še bolj opazne, kot so bile pred dvajsetimi leti (1).

V osemdesetih letih so bili med aktivno moško populacijo zgodnji umrljivosti najmanj izpostavljeni profesorji, književniki, inženirji. V starosti od 35. do 75. je bila njihova umrljivost dvakrat manjša kot v celotni moški populaciji. Po drugi strani je pa umrljivost fizičnih delavcev pol večja kot pri celotni moški populaciji. Na obolevnost zelo vpliva tudi družbeni razred. Družbeni razred vpliva na celo vrsto kazalcev zdravstvenega stanja, ne samo na umrljivost in obolevnost, ampak tudi na višino in težo, zdravje zobovja in oči, pa tudi na rodnost in absentizem (odsotnost z dela zaradi bolezni) (1).

2.3. Razlike v zdravstvenem stanju

Že v sredini 19. stoletja so raziskave pokazale razliko v zdravstvenem stanju med bogatimi in revnimi. Ljudje z nizkimi dohodki imajo krajšo življenjsko dobo in več diagnosticiranih kroničnih bolezni. V zadnjem stoletju se je v svetu podaljšala življenjska doba med prebivalstvom, vendar so razlike v dolžini življenja med bogatimi in revnimi ostale enake. Leta 1998 so v Veliki Britaniji raziskovali razliko v zdravju med bogatimi in revnimi in ugotovili, da imajo revni več primerov smrtnosti zaradi koronarnih srčnih bolezni, raka na pljučih, srčne kapi in samomorov. Po drugi strani pa družbeni položaj posameznika pogojuje določeno vedenje, ki neposredno učinkuje na zdravje. Taka je zasvojenost z alkoholom ali tobakom, ki je pogostejša med določenimi nižjimi družbenimi razredi in ogroža zdravje (12). Nižje socialne ekonomske okoliščine so povezane z nižjo življenjsko dobo, višjo umrljivostjo odraslih, otrok in z visoko stopnjo perinatalne umrljivosti. Razlike so tudi med spoloma. Moški dosegajo višjo stopnjo umrljivosti, višje stopnje koronarnih srčnih bolezni, respiratornih bolezni in razjed, medtem ko ženske dosegajo daljšo življenjsko dobo in višje stopnje mentalnih bolezni in visokega krvnega tlaka (10).

Po drugi strani pa družbeni položaj posameznika pogojuje določeno vedenje, ki neposredno učinkuje na zdravje. Taka je zasvojenost z alkoholom ali tobakom, ki je pogostejša med določenimi družbenimi razredi in ogroža zdravje. Guy Desplanques trdi, da so delavci zaradi teh razvad še posebej izpostavljeni raku. V osemdesetih letih je bil med moškimi, starimi med 45 in 54 letom, razpon stopnje umrljivosti od raka v grlu, žrelu od ene med profesorji in ostalimi strokovnjaki do enajst med fizičnimi delavci. Enako velja za tveganje zaradi raka na požiralniku, bolezni prebavnega trakta (tudi ciroza jeter), dihalnih

organov in živčnega sistema (vključujoč alkoholno demenco). Lahko v vseh teh primerih trdimo, da sta alkohol in tobak neposredna vzroka. Njihova poraba se razlikuje pri določenih družbenih skupinah. Tako na primer kmetovalci sicer zaužijejo veliko alkohola, vendar je med njimi malo verižnih kadilcev, medtem ko se pri delavcih dejavniki tveganja kopičijo, saj so hkrati veliki uporabniki alkoholnih pijač in tudi tobaka. Nasprotno pa vodilni in srednji kader zmerno uživata alkohol in tobak. Razliko v zdravstvenem stanju lahko potrdimo tudi s tem, da pripadniki delavskega razreda obiskujejo zdravnika kurativno in ne preventivno. Razlogi, ki jih privedejo na pregled, so večinoma zelo resni in hospitalizacije so pogostejše. Nasprotno pa pripadniki višjega razreda bolj pogosto prihajajo zaradi preventive. Medtem ko pogostost vseh obiskov pri zdravniku ne odraža nesorazmerja med posameznimi družbenimi skupinami, pa so pri številu preventivnih obiskov razlike zelo velike. Ta nesorazmerja kažejo družbeno hierarhijo in so veliko bolj poudarjena. Poleg tega pa pacienti višjih družbenih slojev prej obišejo specialista. Najbolj privilegirani družbeni sloji imajo na razpolago znanje in kulturne vire, ki jim omogočajo, da se lažje znajdejo v zdravstvenem sistemu (1).

Ali kot pravi Marc Renaud: »Če bi nam uspelo popraviti dejavnike tveganja, zlasti tiste, ki so povezani z nezdravimi navadami, bi bil rezultat gotovo zmanjšanje umrljivosti.« Ugotavlja, da obstaja nespecifičen dejavnik, povezan s položajem posameznika na službeni/družbeni lestvici, ki se lahko odraža v celom sklopu različnih bolezni (1).

3. SOCIALNI VIDIKI ZDRAVJA

3.1. Spremembe vzorcev bolezni v družbi

Najpomembnejša odkritja v zgodovini zdravstva in zdravstvene nege so dejstvo, da socialne in ekonomske okoliščine vplivajo na zdravje. K temu so pripomogla zgodovinska, medicinska in sociološka raziskovanja. Najprej so raziskovali, koliko umrljivosti je bilo v preteklosti in koliko jih je v sedanjosti. Ugotovili so, da je bilo veliko več smrti v preteklosti, kot jih je sedaj. Moški in ženske, ki so se rodili leta 1840, so imeli povprečno življenjsko dobo 40-43 let, sedaj pa je ta poskočila na 75-80 let (4).

Ljudje se srečujejo z različnimi boleznimi skozi čas. V zgodovini človeštva mislimo, da smo premagali bolezni, vendar so nekatere med njimi manj pomembne in so prišle druge pomembnejše t.i. bolezni sodobnega časa. V preteklosti so bile infekcijske bolezni najpomembnejše povzročiteljice umrljivosti. V sredini dvajsetega stoletja pa so te postale nepomemben vzrok smrtnosti v zahodnih državah. Ostale so le še povzročiteljice smrti v starosti, kot so influenza. Infekcijske bolezni so zamenjale tako imenovane degenerativne bolezni, rak in kardiovaskularne bolezni. Glavni medicinski problem danes so kronične bolezni, kot so ateroskleroza, sladkorna bolezen in osteoartritis. Te bolezni povzroča več dejavnikov tveganja, ne samo eden. Kronične degenerativne bolezni se pojavljajo večinoma v industrializiranih državah. V študijah so ugotovili, da kronične degenerativne bolezni povzročajo ekonomski in socialni dejavniki (4).

3.2. Socialne determinante zdravja

Tudi v naprednejših državah imajo ljudje, ki so revnejši, krajšo življenjsko dobo in imajo več bolezni, kot tisti ljudje, ki so bogati. Socialne determinate so avtorji napisali s kombinacijo ekonomije, sociologije, psihologije z nevrobiologijo in medicino. S tem so razumeli povezavo materialnega pomanjkanja in zdravja. Zdravja ne ogroža le materialno pomanjkanje, ampak tudi spoznanje, da si reven, nezaposlen, socialno izoliran, ali kakorkoli stigmatiziran. Kot socialna bitja ne potrebujemo samo dobrega materialnega stanja, ampak se moramo počutiti uporabni od našega otroštva naprej, zato potrebujemo prijatelje, dobre socialne mreže in se moramo počutiti potrebne v naši družbi. Brez teh imamo večjo možnost, da ogrozimo svoje psihično zdravje, nastanejo depresije, odvisnosti od drog, anksioznost, razvije se nam občutek nemoči, itd. Z izboljšanjem socio-ekonomskega statusa lahko izboljšamo zdravje prebivalstva. S socialnimi determinantami zdravja lahko razumemo, kaj vse vpliva na zdravje (6).

3.2.1. Socialni gradient

Življenje v revnejših okoliščinah vpliva na zdravje skozi življenje. Ljudje z nižje družbene lestvice imajo običajno dvakrat večjo možnost za nastanek bolezni in prezgodnjih smrti kot tisti, ki so na vrhu družbene lestvice. Tudi srednji razred ima več bolezni in prezgodnjih smrti kot tisti, ki so na vrhu družbene lestvice. Materialni in psihološki vzroki prispevajo k izpolnjevanju teh razlik in njihovi učinki so hude bolezni in veliko smrti. Pomanjkanje je lahko relativno ali absolutno. Lahko vključuje pomanjkanje nekaterih sredstev, kot so nižja izobrazba, negotova služba, izguba le-te, bivanje v slabih bivalnih okoliščinah, slaba pokojnina, itd. Ta pomanjkanja vplivajo na zdravje ljudi. Bolj kot ljudje živijo v stresnih ekonomskih in socialnih okoliščinah, bolj psihološko trpijo in tako ne dočakajo zdrave starosti (6).

Ljudje, ki so rojeni v velikih družinah z nizkimi dohodki in prebivajo v slabih stanovanjih in depriviranih mestnih področjih; ki se čutijo prikrajšani od rojstva naprej, so tudi verjetno neuspešni v šolanju. Posledica tega je manjša verjetnost, da bi dobili delo, zaposlitve, ki so jim dosegljive. Iz tega sledi, da bodo še naprej živeli v enakih, depriviranih osrednjih mestnih okoljih in zato v revščini. Ko bodo sami imeli otroke, bodo tudi ti ujeti v past revščine. Krog se bo nadaljeval (18).

3.2.2. Stres

Stres predstavlja splošni odziv na okoljske zahteve. Stresorji so lahko fizične, psihične ali socio-kulturne narave. Ni vsak stres nevaren za vsak organizem. Vsak človek se odziva na življenjske situacije različno s svojo individualnostjo. Torej vsak človek se bo na določen stresor odzval različno. Stresni dogodki povzročijo, da se ljudje počutijo zaskrbljeni, anksiozni in da niso kos življenjskim situacijam (9). To pripelje človeka do slabšega zdravja in do predzgodnje smrti. Ekonomski faktorji so velikokrat vzroki stresa. Nezaposlenost, revščina, nezanesljivo delovno mesto lahko pripeljejo človeka do stresa. Dolga obdobja anksioznosti in nesigurnost v sebe, pomanjkanje podpore učinkujejo na psihološko stanje človeka v vseh obdobjih življenja. Zdravstveni delavci moramo biti pozorni na vzroke kroničnega stresa in delovati iz žarišča problemov. Ni samo pomembno psihološko stanje človeka, ampak je tudi pomembno materialno stanje in socialno okolje. Tisto okolje, ki da človeku občutek pripadnosti in veljavnosti, je zdravo okolje. Država bi morala prebivalstvu zagotoviti psihosocialne in materialne potrebe. Morala bi podpirati družine z majhnimi otroki, vzpodbujati lokalno skupnost, morala bi v boj s socialno izolacijo, morala bi zmanjševati materialno negotovost in podpirati izobraževanje (6).

3.2.3. Zgodnje življenje

Zdravo življenje ima še pred rojstvom in v zgodnjem otroštvu pomemben vpliv na zdravje. Revne ekonomske, socialne izkušnje in počasna rast postanejo vgrajeni v biologijo človeka med procesom rasti in formirajo osnovo človeka, ki vpliva na zdravje skozi življenje. Nepravilno ravnanje matere, kot je nepravilna prehrana, stres, kajenje med nosečnostjo lahko ogrožita prenatalni razvoj in razvoj novorojenca. Slaba prehrana in fizični razvoj neugodno vplivata na otrokov kognitivni razvoj. Počasna zgodnja rast je tveganje za zdravje v kasnejših obdobjih življenja. Tveganja za nastanek teh bolezni so večja pri družinah s slabšim socio-ekonomskim stanjem. Starševska revščina začenja verigo socialnega tveganja. Prične se v otroštvu z manj primernim vedenjem in slabšimi dosežki v šoli, v odrasli dobi se nadaljuje z brezposelnostjo. Taki ljudje so na socialnem robu, imajo nizek status in neprimerno delovno mesto v dobi odraslosti (11).

Tveganja za nastanek bolezni se lahko zmanjšajo pred prvim porodom, v nosečnosti, med otroštvom z dobrim izobraževanjem v zdravstvenih domovih, v šolah, še posebej med ljudmi, ki izhajajo iz revnih socialnih in ekonomskih okoliščin. Politika bi morala zagotoviti enake priložnosti za izobraževanje, morala bi zagotoviti ustrezne materialne in socialne vire pred nosečnostjo, med nosečnostjo in v otroštvu. Politika bi morala zagotoviti nove možnosti za pridobitev izobrazbe v vseh starostnih obdobjih, saj je izobraževanje povezano z zavestjo o zdravju in boljšo skrbjo zase. Investiranje v to politično usmeritev bi koristilo zdravju in učinkovitosti na področju dela v prihodnosti (6).

3.2.4. Socialna izolacija

Revščina, socialna izolacija, prikrajšanosti skozi življenje človeka povzroča prezgodnje smrti. Absolutna revščina je tista revščina, kjer je pomanjkanje osnovnih življenjskih potreb. Wilkinson je zapisal, da je ravnopravnost v dohodku med prebivalci v državi ključna. Velike razlike v dohodku med prebivalci povzročijo socialno neenakost. Tudi zelo bogate države lahko imajo velike razlike v zdravstvenem stanju, zaradi socialnih neenakosti. Neenakosti v dohodku med prebivalci povzročijo pomanjkanje socialne kohezije in samozavesti. Ljudje se počutijo socialno izolirani in so manj sposobni nadzorovati življenjske okoliščine.

Socialna izolacija še posebej prizadane brezposelne, priseljence iz drugih držav, pripadnike etničnih manjšin, gostujoče delavce kot tudi begunce. Brezdomci imajo največje možnosti prezgodnje smrti. Relativna revščina pomeni biti v družbi najrevnejši. To ogroža človekov dostop do izobraževanja in do primernih stanovanj. Socialna izključenost iz družbe povzroča predzgodnje smrti in kronične bolezni. Življenje v revščini je še posebej nevarno za nosečnice, za otroke in za starostnike. V nekaterih državah četrтина prebivalstva živi na robu revščine, največ je otrok. Socialna izolacija je tudi rezultat rasizma, diskriminacije, brezposelnosti. Ti ljudje so psihološko in socialno uničeni in to zelo vpliva na zdravje. Več kot ljudje živijo v takih okoliščinah, več imajo možnosti za nastanek bolezni, zlasti kardiovaskularne. Revščina povzroča ločitve, invalidnost, bolezni, odvisnosti in socialno izolacijo. Na zdravje lahko revščina vpliva tudi indirektno, in sicer z življenjem v revnih soseskah, z veliko stopnjo brezposelnosti, s slabimi življenjskimi pogoji in s slabim okoljem. Naloge države so, da lahko pomaga pri zaščiti pravic priseljencev in manjšin ter preprečuje diskriminacijo, da zagotovi intervencije na področju zdravstva prebivalstva in da odstrani zapreke pri dostopu do zdravstvene nege in socialnih služb ter primerne nastanitve, da omogoči denarno podporo, ki je adekvatna nacionalnemu minimalnemu dohodku ter omogoči izobraževalno in zaposlovalno politiko, prihodek in blagostanje bi morala biti porazdeljena tako, da bi zmanjšala materialne neenakosti in lestvico relativne revščine (12).

3.2.5. Delo

V razvitejši moderni družbi je družbena proizvodnja bogastva sistematično povezana z družbeno proizvodnjo tveganj. Enako so tudi porazdelitveni problemi in konflikti družbe pomanjkanja prekrti s problemi in konflikti, ki izhajajo iz proizvodnje, definicije in porazdelitve znanstveno-tehničnih tveganj (17). Že v 19. stoletju je Karl Marx ugotavljal vrste odtujitve delavca v proizvodnem procesu. Opisal je štiri odtujitve, ki delavcem onemogočajo, da bi realizirali človeške potenciale in zadovoljevanje pravih človekovih potreb. Produkt, ki ga ustvari delavec, mu je odvzet s strani kapitalista in ko ustvarja bogastvo, sam živi v bedi. Delavec v delovnem procesu opravlja le določene operacije, rezultat njegovega dela ni viden, saj veliko dela opravi stroj in ob tem izdelek ne doživi kot popoln izdelek, ob katerem bi čutil zadovoljstvo. Marx je trdil, da kapitalizem odtuja človeka od samega sebe in od drugih ljudi. Med ljudmi se uveljavlja nezdrava tekmovalnost. Ljudje se delijo v nasproti si družbene razrede, ki so med seboj v konfliktu (14).

Torej neenakosti v kapitalu in nezadovoljstvo z delom lahko vodijo do različnih bolezni. Ljudje, ki imajo boljšo kontrolo nad svojim delom, imajo boljše zdravje. Znano je, da je imeti delo, boljše kot pa biti brezposelen. Dokazi kažejo, da ima stres na delovnem mestu močan vpliv na velike razlike v zdravju, bolniški stalež in prezgodnjo smrt, kar je povezano s socialnim statusom. Nizka stopnja nadzora nad delom je še prav posebej povezana z bolečinami v spodnjem delu hrbta in kardiovaskularnimi boleznimi. Dokazano je, da so vsa ta tveganja neodvisna od psiholoških karakteristik ljudi, ki so jih preučevali. Na kratko, zdi se, da so povezani z delovnim okoljem. Študije so prav tako preučile vlogo zahtev na delovnem mestu. Nekatere kažejo interakcijo med zahtevami in kontrolo. Dela z visokimi zahtevami in nizko kontrolo so še prav posebej rizična. Nekateri dokazi kažejo na to, da socialna podpora na delovnem mestu zmanjšuje ta vpliv. Nadalje je prejemanje nezadostnih nagrad za trud, ki je bil vložen v delo, povezano z večjim tveganjem kardiovaskularnih bolezni. Nagrade so lahko v obliki denarja, položaja ali samospoštovanja. Naloge države so izboljšati pogoje dela, kar pomeni bolj zdravo delovno silo, kar vodi k večji produktivnosti in ustvarja bolj zdrava delovna mesta; usposobiti zaposlene za boljši nadzor in doseči več raznolikosti ter več priložnosti za razvoj pri delu, kar koristi zdravju; zagotoviti primerne nagrade, v smislu denarja, samospoštovanja in položaja. Delovna mesta morajo biti primerna po ergonomični plati kot tudi v smislu organizacije dela, kar zmanjšuje muskulo-skeletne okvare (6).

3.2.6. Nezaposlenost

Zagotovljeno delo povečuje zdravje in zadovoljstvo na delovnem mestu. Nevarnost za zdravje je večja tam, kjer je nezaposlenost razširjena. Raziskave nezaposlenosti v številnih državah kažejo, da so brezposelni in njihove družine izpostavljeni bistveno večjemu tveganju prezgodnje smrti. Vplivi nezaposlenosti na zdravje so povezani s psihološkimi posledicami in finančnimi težavami, še posebej z dolгови. Vplivi se pričnejo pojavljati, ko ljudje začutijo, da je njihovo delovno mesto ogroženo. To priča o tem, da je zaskrbljenost zaradi negotovosti delovnega mesta škodljiva za zdravje. Negotovost delovnega mesta se je pokazala, kot povečan učinek na mentalno zdravje (strah in depresije), slabo zdravje, bolezni srca in ožilja (6).

Nezadovoljivo delovno mesto je škodljivo v enaki meri kot nezaposlenost. Občutek negotovosti in strahu pred izgubo deluje kot dejavnik kroničnega stresa, čigar vplivi naraščajo z daljšim časom izpostavljenosti, kar podaljšuje čas bolniškega dopusta in koriščenje zdravstvenih uslug (6). Kot smo rekli, delo prinaša veliko stresov in s tem bolezni. Parson je trdil, da ima bolezen pozitivne učinke na človeka, saj ga obvaruje vsakodnevnih obveznosti in dela. Trdil je, da ob nastanku bolezni nekateri ljudje občutijo olajšanje, ker so razrešeni vsakdanjih obveznosti in dela. Na teorijo Parsona so imeli kritike, saj človek ne more pobegniti pred vsakdanjimi obveznostmi s kroničnimi boleznimi, ampak zgolj s psihološkimi težavami. Psihološke bolezni so večinoma stigmatizirane, zato je vprašanje, če njegova teorija vloge bolnika drži (13).

Politika bi morala preprečevati nezaposlenost in negotovost delovnih mest, morala bi zmanjševati stisko, za katero trpijo nezaposleni in bi morala zagotoviti delovna mesta. Potrebno je zagotoviti primerno opremo za delo, visoke standarde izobrazbe in dobre reorganizacijske sheme. Za brezposelne ima denarna podpora večjo razsežnost, saj daje varnost (6).

3.2.7. Socialna podpora

Prijateljstvo, dobre socialne vezi in močna podporna mreža zagotavljajo zdravje doma, na delovnem mestu in v skupnosti. Socialna podpora in dobre socialne vezi so pomemben doprinos k dobremu zdravju. Pripadnost k socialni mreži, komunikacija in vzajemne dolžnosti dajejo ljudem občutek varnosti, osebne vrednosti, spoštovanja in ljubezni. To ima močan vpliv na zdravje. Socialna izolacija in izključitev sta povezani z večjo stopnjo prezgodnje smrti. Ljudje, ki so deležni manj čustvene podpore, so izpostavljeni depresijam in nevarnostim zapletov med nosečnostjo, kakor tudi večji nevarnosti prizadetosti zaradi kroničnih bolezni. Po drugi strani pa lahko slabi aspekti tesnih medosebnih odnosov vodijo k osiromašenemu mentalnemu in fizičnemu zdravju (6).

Pristop k čustveni in praktični socialni podpori variira glede na socialni in ekonomski status. Revščina lahko doprinese k socialni izključitvi in izolaciji. Socialna kohezija, medsebojno spoštovanje in zaupanje v skupnosti in širši družbi pomaga ljudem in njihovem zdravju. Družbe z visoko stopnjo plačilne nesorazmernosti imajo manj socialne kohezije, več

nasilja in višjo stopnjo smrtnosti. Študija o skupnosti z visokimi stopnjami socialne kohezije kaže nižjo stopnjo koronarnih srčnih bolezni. Študije dokazujejo, da lahko dobre socialne vezi zmanjšajo fizično reakcijo na stres. Intervencije v visoko rizičnih skupinah so pokazale, da zagotovljena socialna podpora prinaša hitrejše okrevanje po srčnem napadu, daljšo življenjsko dobo pri boleznih raka, kot tudi boljše rezultate pri nosečnicah v rizični skupini žensk (6).

Zmanjševanje neenakosti osebnih prihodkov in socialne izključitve vodi k večji socialni koheziji in boljšemu zdravju prebivalstva. Izboljšanje socialnega okolja v šolah, na delovnem mestu in v skupnosti na splošno pomaga, da imajo ljudje občutek, da so spoštovani ter da imajo podporo na večjih področjih svojega življenja, kar še posebej pozitivno vpliva na mentalno zdravje. Na vseh področjih osebnega in institucionalnega življenja se je potrebno izogibati navadam klasificiranja ljudi na socialno inferiorne ali manj vredne (6).

3.2.8. Zasvojenost

Mnogi ljudje vsakodnevno uporabljajo poživila in mamila za obnovo moči, osvežitev in nov izvor energije, medtem ko jih drugič uporabljajo kot izgovor za predah, umiritev in sporostitev. Tako uživanje zaradi poživljanja, kot tudi uživanje zaradi sprostitve je povezano s stresom. Najbolj pogosta je uporaba dovoljenih poživil, med katere spadajo nikotin, kofein in alkohol. Pogosto se vse te tri substance uporabljajo hkrati. Obstajajo tudi številne druge prepovedane substance, katerih potrošnja v zahodnem svetu raste. To so kokain, psihostimulansi, amfetamini, pomirjevala in marihuana. Uporaba snovi lahko pri osebi v stresu počutje predhodno izboljša, vendar ima njihova uporaba na dolgi rok zelo škodljive učinke. Torej, uporaba teh snovi ne lajša stresa in z njim povezanih škodljivih posledic na umu in telesu, kot meni večina uporabnikov poživil in mamil, temveč poslabša. Izboljšanje je le kratkoročno (20).

Individualna nagnjenost k alkoholu, drogam in tobaku ter trpljenje zaradi uživanja le-teh je pogojena s širšo socialno naravnostjo. Uživanje drog je reakcija na socialni zlom in pomemben faktor, ki pogloblja neenakosti v zdravstvu. Uživalec omogoča navidezen beg pred težavami in stresom, dejansko pa probleme samo poslabša. Alkoholna odvisnost, protizakonita uporaba drog in kajenje so tesno povezani s pokazatelji socialno-ekonomskega pomanjkanja (6).

Socialna prikrajšanost, merimo jo z indikatorji, kot so: neprimerna nastanitev, nizek dohodek, osamljeno starševstvo, nezaposlenost ali brezdomnost, je povezana z visokim deležem kajenja. Kajenje pri revnem prebivalstvu z nizkimi dohodki pomeni glavni odtok prihodkov in predstavlja velik razlog za bolezenska stanja in prezgodnjo smrt. Nikotin ni prava rešitev za stres ali izboljšanje razpoloženja (6).

Odvisnost od alkohola in samomori so med seboj povezani. Vzročnost verjetno poteka v obe smeri. Ljudje zapadejo v alkohol, da bi omilili bolečino, ki jo povzročajo ekonomski in socialni pogoji. Ironično pa je to, da kljub začasemu odmiku od realnosti alkohol intenzivira faktorje, ki so v prvi vrsti pripeljali do uživanja (6).

Cilj soočanja z drogami in problemi, ki jih le-ti prinašajo, ni samo v podpori in zdravljenju ljudi, pri katerih so se razvili vzorci odvisnosti zaradi uživanja drog, temveč tudi usmerjanje v vzorce socialne prikrajšanosti, od koder ti problemi izvirajo. Politika mora regulirati dostop z določanjem cen, z obveščanjem ljudi o manj škodljivih oblikah uživanja, z uvajanjem izobraževanja na področju zdravja, s ciljem odvrniti mlade ljudi in zagotoviti učinkovito pomoč zasvojenim. Niti eden od naštetih ukrepov ni učinkovit, če ostanejo socialne okoliščine, ki pogojujejo uživanje droge, nespremenjene. Poskus, da bi celotno odgovornost prevzeli na uporabnika, je popolnoma neprimerna reakcija, kjer gre za obsojanje žrtve, namesto da bi se ozrli na kompleksnost socialnih okoliščin, ki so v prvi vrsti povzročile uporabo droge. Učinkovita politika drog mora imeti podporo s strani širokega okvira socialne in ekonomske politike (6).

3.2.9. Hrana

Kvalitetna hrana in ustrezna oskrba s hrano sta bistvenega pomena za spodbujanje zdravega načina življenja in blaginje. Pomanjkanje hrane in raznolikosti prehranjevanja sta bistvena povzročitelja nedohranjenosti in bolezni, ki jih povzroči pomanjkanje kot npr. avitaminoza. Prekomerno uživanje hrane, ki je prav tako oblika nedohranjenosti, povzroča kardiovaskularne bolezni, sladkorno bolezen, raka, degenerativne očne bolezni, debelost in zobni karies (6).

Pomemben cilj javnega zdravstva je razpoložljivost in cenovna dostopnost do zdrave, hranljive hrane. Industrializacija je s seboj prinesla epidemiološki prehod iz infekcijskih v kronične bolezni, še posebej bolezni srca, srčni infarkt in rak. To je posledica spremenjenega prehranjevanja, ko se je zmerno prehranjevanje prevesilo v prekomerno uživanje hrane, polne maščob in sladkorjev, kar povzroča debelost. Debelost je pogostejši pojav med revnimi kot med bogatimi (6).

Prehranjevanje je pogojeno s socialnimi in ekonomskimi dejavniki in ima posledico v neenakosti zdravja ljudi. Glavna razlika prehranjevanja med socialnimi razredi je vir hranil. Revnejša in cenejša hrana nadomešča svežo hrano. Ljudje z nizkimi prihodki, kot so mlade družine, starejši ljudje in nezaposleni, imajo najmanjše možnosti za zdravo prehranjevanje. Cilji prehranjevanja so v preprečevanju kroničnih bolezni s poudarkom na uživanju sveže zelenjave, sadja in stročnic ter minimalno predelane hrane z ogljikovimi hidrati, kakor tudi v uživanju manj živalskih maščob, rafiniranega sladkorja in soli (6).

Lokalne, nacionalne in internacionalne vladne organizacije, nevladne organizacije in prehrabena industrija bi morale zagotoviti dostop do visokokvalitetne, sveže hrane za vse, ne glede na okoliščine, iz katerih izhajajo; demokratično bi morali sprejemati odločitve in prevzemati odgovornosti na vseh področjih regulacije prehrane, z udeležbo nepristranskih elementov, vključno s potrošniki; morali bi nuditi podporo stabilnemu kmetijstvu in metodam proizvodnje hrane, ki ohranjajo naravne vire in okolje; zaščititi bi morali doma pridelano hrano pred nasilnim poseganjem globalne prehrabene trgovine; zagotoviti bi morali učinkovitejšo, bolj zdravo prehrabeno kulturo, širitev znanja o hrani in prehrani; morali bi nuditi dostop do informacij o hrani, prehranjevanju in zdravju (6).

3.2.10. Transport

Zdrav transport pomeni zmanjšanje vožnje z avtomobilom in spodbujanje hoje ter kolesarjenja in večja uporaba sredstev javnega prevoza. Kolesarjenje, hoja in uporaba javnega transporta propagira zdravje na štiri načine: zagotavlja gibanje, zmanjšuje usodne poškodbe, krepi socialni kontakt in zmanjšuje onesnaženost zraka. Mehanizacija je v precejšnji meri omejila gibanje, zaradi česar ljudje potrebujejo nove načine vključevanja gibanja v svoje življenje. To lahko dosežemo z zmanjševanjem odvisnosti od avtomobila, s

hojo in kolesarjenjem ter bolj razširjeno uporabo javnega transporta. Redno gibanje varuje pred boleznimi srca in zmanjšuje debelost ter hkrati zmanjša možnost obolevanja za sladkorno boleznijo (6).

4. ZDRAVJE IN SOCIALNA NEENAKOST

4.1. Zveza med zdravjem in socialno neenakostjo

Družbena neenakost se meri s pojmi meril družbene slojevitosti ali družbenega položaja posameznika ali skupine ljudi. Položaj je mesto, ki ga ima določena oseba glede na izbrano mesto slojevitosti v primerjavi z drugimi člani skupine. Vsakemu izmed meril slojevitosti ustreza torej določena vrsta družbenih položajev. Tako govorimo na primer o premnoženjskem, izobrazbenem ali poklicnem položaju. S stališča posameznika, določenega sloja ali skupine ljudi pa so vse te neenako porazdeljene dobrine njihove lastnosti ali značilnosti. Posledica neenake porazdelitve dobrin je posledica neenakosti med ljudmi (16).

Zveza med zdravjem in neenakostjo je klasična sociološka tematika. Populacijska statistika zdravja prebivalstva v tako rekoč vsaki državi pokaže višjo obolevnost in smrtnost v nižjih socialnih slojih za vsemi vrstami bolezni, največ za kroničnimi boleznimi, krajšo življenjsko dobo, nižjo porodno težo. Globalno torej velja, da je nezdravje eden od simptomov družbenih neenakosti (7).

Ekonomski faktorji in socialna neenakost so eni izmed najbolj pogostih vzrokov smrtnosti v svetu. Revščina se kaže v nekvalitetni prehrani, v neprimernih bivalnih okoliščinah, v nezmožnosti za primerno izobrazbo in v neprimernih delovnih okoliščinah. Psihološke okoliščine, ki jih povzroča revščina prinašajo prezgodnjo smrt in odvisnost od alkohola in drog. Raziskava, ki so jo leta 1982 naredili v Veliki Britaniji in so jo poimenovali *Black Report* (črno poročilo) je pokazala, kako je lahko zdravje povezano s socialno neenakostjo. Ljudje iz nižjih družbenih razredov so imeli več bolezni in večjo umrljivost kot tisti iz višjih razredov. V Veliki Britaniji so med leti 1972-76 imeli moški z višjo izobrazbo za 5,5 let in ženske za 5,3 leta daljšo življenjsko dobo kot tisti z najnižjo izobrazbo in težkim fizičnim delom. Ta razlika se je med leti 1992 in 1996 povečala za moške na 9,5 let, za ženske pa na 6,4 let (9).

4.1.1. Kritika individualiziranega modela

Individualiziran model iz polja pojasnjevanja bolezni izključuje predvsem nivo socialnih neenakosti. Problem tega modela je v tem, da življenjski slog s strani posameznika ni reflektivno izbran, pač pa ga strukturirajo ekonomski imperativi. Posameznikove izbire tveganih ravnanj (nezdrave diete, pasivno preživljanje prostega časa, kajenje, uživanje alkohola, stres) so vedno že močno sodoločene oziroma naddoločene s socio-ekonomskim kontekstom. Paradigma življenjskega sloga pa opaža le neposredne, individualizirane vzroke bolezni in spregleduje oddaljenejšo družbeno vzročnost. Individualistični model tako za bolezen krivi »žrtev«. Bolezen biologizira in individualizira in s tem depolitizira. Način, kako se družba ukvarja z boleznijo, je tako predvsem medicinski in individualen, lahko pa bi bil tudi socio-politični. Značilen za primer raka, ene najbolj notoričnih bolezni sodobne družbe, s katerim se družba sooča predvsem skozi finančne transferje v medicinske raziskave. Za te raziskave gredo velike vsote denarja, čeprav naj bi bila bolezen v 80 % primerov rezultat dejavnikov okolja in bi bilo torej smiselno učinkovati na pogoje dela in življenja ljudi. Individualistična teorija zdravega življenjskega sloga je zaradi izpostavljanja individualne odgovornosti privlačna za tiste akterje, ki si prizadevajo zmanjšati finančne pretoke v sistem javnega zdravstva oziroma zmanjšati odgovornost države za zmanjševanje razlik v zdravju med sloji. Poleg tega pa nekatere empirične študije iz devetdesetih let kažejo, da je vpliv življenjskega sloga na zdravje bistveno precenjen. V britanski raziskavi državnih uslužbencev je kontrola za individualne prakse življenjskega sloga (prehrano, rekreacijo, indeks telesne mase, kajenje) pokazala, da na dve tretjini variace ne vplivajo, pač pa nanjo vplivajo socialne neenakosti. Življenjski slog naj bi tako pojasnil le tretjino variance v zdravju. Preprosto rečeno, nekdo, ki je nizko na socialni lestvici in prakticira zdrav življenjski slog, v povprečju s tem ne more doseči zdravstvenega stanja pripadnika srednjega ali višjega razreda. Njegovo slabše zdravstveno stanje še vedno predvsem določa (poslabšuje) dejavnik socialnih neenakosti. Predvsem na način, da povzroča akumuliranje tveganj, stresov na eni strani socialne hierarhije in koncentracijo priložnosti na drugi (7).

4.1.2. Stres kot mehanizem pretvorbe socialnih neenakosti v bolezni

Različno povzročeni stresi se večinoma akumulirajo proti dnu socialne hierarhije in jih je več vrst: senzorični stresi (močna svetloba, hrup), stresi dosežka (delovne naloge), socialni stresi (pomanjkanje zasebnosti ali pretirana osamljenost, izolacija), okoljski stresi (hrup, umazanija, strupene snovi), stresi odločanja (konflikt ciljev), strah pred prihodnostjo. Tudi spremenljivka »poklic« se v številnih študijah pokaže, kot eden ključnih generatorjev socialno-ekonomskih stresov. Poklic seveda ni element življenjskega sloga, pač pa se umešča na »klasično« socialno-ekonomsko dimenzijo. Nižje kot je nekdo na poklicni lestvici, slabše je njegovo zdravstveno stanje in krajša je njegova življenjska doba. Ponavljajoče se delo, dequalificirano delo, nadurno, izmensko delo, zlasti pa strah pred izgubo dela ali dejanska izguba dela povzročajo živčnost, nevroze, glavobole in stres (7).

Dolgotrajni stresi se sčasoma pretvorijo v fiziološke bolezenske simptome. Fiziološke reakcije posameznika na stres se kažejo v medicinsko merljivih oblikah, kot so povišan krvni pritisk, povišan srčni utrip, pospešeno dihanje, spremembe na koži, povečevanje maščobnih kislin. Najbolj neposredno se stresi prevajajo v bolezenska stanja preko vpliva na kardiovaskularni in imunski sistem, bolj posredno tudi v obliki srčnih obolenj, diabetesa, raka, kapi, depresije in nizke porodne teže (7). Pod vplivom obremenitev se posameznik lahko zateče k pretiranemu uživanju alkohola, hrane, različnih tablet ali pa pozabo v omami druge vrste. Obremenjen, predvsem pa naveličan in utrujen posameznik se lahko povsem potegne vase, poišče mir in sprostitev v samoti ali nasprotno išče in preverja možnosti rešitve v stikih z drugimi ljudmi. Posameznik, ki mora obvladovati številne obremenitve in pritiske hkrati, bo pod vplivom dodatnih stresov prej klonil kot nekdo drug, ki živi v trenutno zadovoljivih razmerah. Tak primer so delavci v proizvodnji (19).

Značilnost socio-ekonomskih tveganj je prav njihova dolgotrajnost. Nizki dohodki, nizka izobrazba in kvalifikacija so praviloma trajna stanja. Zato so vir zdravju zelo škodljivega, neprestanega, kroničnega stresa, ne pa občasni ali časovno omejeni stresni dogodki (7).

4.2. Dosedanje analize zveze med socialno neenakostjo in zdravjem:

Slovensko javno mnenje – Raziskava o zdravju in zdravstvu 2001

Spraševali so se, ali so ljudje višjega družbenega sloja bolj zdravi, kot tisti iz nižjega. Ugotovili so povezavo simptomov, kot so: močno razbijanje srca, slabost, težave z dihanjem, težave s spanjem, vrtoglavica, močne bolečine v prsih, nemirnost, zaskrbljenost z materialnim stanjem, saj je njihova prisotnost praviloma nižja v vsakem naslednjem (višjem) dohodkovnem razredu (7).

Anketiranci so ocenjevali svoje zdravje in tisti, ki so bili v nižjem dohodkovnem razredu, so ocenili svoje zdravje, kot zelo slabo (7).

Ugotovili so, da je med gospodinjami največ depresivnih motenj, tesnob in drugih psiholoških motenj, predvsem zato, ker ima gospodinjsko delo zelo nizek status, ni vir ekonomske neodvisnosti, je socialno izolirano, ponavljajoče, generira negativno samopodobo. Kot specifična skupina so še upokojenci, saj upokojenski status prav tako sodi med tvegane zaradi izgube dohodka, statusa in socialnih vezi oziroma naraščajoče socialne izolacije (7).

Ugotovili so, da se med skupinama zaposlenih in nezaposlenih pokažejo sistematične razlike v prisotnosti psihosomatskih simptomov. Med nezaposlenimi so opazno višji deleži teh indikacij, čeprav je v tej skupini tudi precej mladih. Še zlasti so izrazite razlike kar zadeva razbijanje srca, slabost, bolečine v prsih, torej vpliv na kardiovaskularni sistem. Zaposleni so tudi bolj zadovoljni s svojim življenjem in bolje ocenjujejo svoje zdravstveno stanje. Brezposelnost ne vpliva negativno le na psihološko stanje samega brezposelnega, pač pa se nevarnost pojava psihološke bolezni (depresija, alkoholna odvisnost, tesnoba, psihosomatske reakcije) in poslabšanja uspeha poveča pri vseh članih družine. Poleg tega pa se podobni simptomi kažejo tudi pri tistih posameznikih in članih njihovih družin, ki so sicer zaposleni, a na slabše plačanih delovnih mestih in jim nevarnost brezposelnosti ves čas grozi (7).

Analiza je pokazala, da je pri najnižjih slojih prisotnost psihosomatskih simptomov tu izredno visoka, izredno nizek pa je delež zadovoljnih z življenjem in tistih, ki se počutijo zdrave. To ni presenetljivo, glede na to, da že sama umestitev v to kategorijo nakazuje socialno samostigmatizacijo anketiranca, intenzivno doživljanje socialno-ekonomskih stresov in občutkov marginalnosti. Nasprotna skupina je višji sloj. Samoumestitev vanjo pa nakazuje intenzivno prisotnost občutkov samozavesti, socialno-ekonomskega optimizma in življenjskih priložnosti. V tej kategoriji so kazalci psihosomatskih simptomov izredni. Delež zadovoljstva z življenjem je izredno visok, kot tudi delež srečnih (7).

5. DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK BOLEZNI

Za bolezni srca in ožilja (BSO) in druge kronične bolezni je značilno, da imajo skupne dejavnike tveganja (zvišan skupni in LDL holesterol, znižan HDL holesterol, zvišan krvni tlak in krvni sladkor, nepravilna prehrana, telesna nedejavnost, kajenje, prekomerno pitje alkohola, debelost in stres), ki pospešujejo njihov nastanek in razvoj in se jih da z zdravim načinom življenja in zdravo prehrano uspešno preprečevati ali vsaj odložiti njihov nastanek v kasnejše življenjsko obdobje (3). Kot smo ugotovili skozi literaturo, imajo tisti, ki so na dnu socialno-ekonomske lestvice, največ dejavnikov tveganja.

V nadaljevanju si bomo pogledali, kako delujejo preventivni programi v Sloveniji.

CINDI Slovenija, ki je del mednarodnega projekta, je oblikoval projekt promocije zdravja in preprečevanja srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v Sloveniji.

Cilji projekta (3):

1. *Glavni cilj*: zmanjšanje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v Sloveniji za 15–20 % v petih letih.
2. *Vmesni cilji*:
 - znižanje dejavnikov tveganja za kronične bolezni (v petih letih),
 - znižanje holesterola za 10 % in krvnega tlaka za 10 mm Hg,
 - zmanjšati število kadilcev za 20 %,
 - zmanjšati količino popitega alkohola za 20 %,
 - zmanjšati število predebelih in povečati število ljudi z normalno telesno težo za 15 %,
 - povečati število telesno dejavnih za 20 %,
 - povečati število ljudi, ki se zdravo prehranjujejo za 30 %.

Intervencija za doseganje zastavljenih ciljev je Nacionalni program: Preprečevanje srčno-žilnih bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti (3).

Izvajajo preventivne zdravstvene preglede in s tem aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, odkrivajo ljudi, ki so visoko ogroženi za razvoj bolezni srca in ožilja in ustrezno ukrepajo, svetujejo za dejavnike tveganja in spremembo življenjskega sloga. Glavni cilj programa je zmanjšanje ogroženosti za bolezni srca in ožilja v srednjem življenjskem obdobju in zmanjšanje zgodnje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi bolezni srca in ožilja. Z zmanjšanjem bioloških dejavnikov tveganja in dejavnikov tveganja nezdravega življenjskega sloga pa istočasno vplivamo tudi na druge kronične bolezni. Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva uveljavlja ciljna populacija odraslih v ambulantah splošne/družinske medicine, v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih (3).

6. VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI LJUDI NIŽJEGA EKONOMSKEGA SLOJA

Zdravstvena nega je stroka, ki deluje v okviru zdravstvenega varstva in obsega splet vseh družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjeni v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Zdravstvena nega deluje na vseh nivojih zdravstvenega varstva in na različnih strokovnih področjih. Je poklicna disciplina (znanost, veda), ki črpa svoje znanje v lastni teoriji in praksi, družboslovnih in naravoslovnih vedah ter v filozofiji. Delovanje zdravstvene nege je sistematično in ciljano usmerjeno v varovanje in izboljšanje zdravja in kakovost življenja posameznika, družine in celotne populacije. Virginija Henderson je vključila vse tri komponente osebnosti: fiziološke, psihološke in socialne, saj po njenem mnenju le vse tri skupaj omogočajo razvoj zdrave osebnosti (2).

Kot smo že v raziskovalnem delu ugotovili, revščina vpliva na zdravje. Vendar, kako problem revščine vključiti v zdravstveno nego in kako preprečevati bolezni, ki jih prinaša revščina?

Po mednarodnem svetu medicinskih sester (ICN) je revščina bolezen, ki ljudem jemlje življenjsko moč, jih razčloveči in ustvarja občutek neboljnosti in izgube nadzora nad posameznikovim življenjem (5).

Po priporočilih ICN naj bi se medicinske sestre na splošno vključevale v zmanjševanje revščine z naslednjimi aktivnostmi (5):

- aktivnim družbenim vključevanjem in izražanjem problemov družin in skupnosti,
- zagovarjanjem pravic in partnerskih odnosov,
- večjim usmerjanjem v družinsko zdravstveno nego in probleme skupnosti,
- vplivanjem na enakost v zdravstvenem in socialnem varstvu, spodbujanjem sprejemanja zdravstvenih predpisov in predpisov za boj proti revščini,
- večjim usmerjanjem v ranljive skupine,
- opozarjanjem na 17. oktober – Mednarodni dan ukrepov za izkoreninjenje revščine.

Strokovnjaki, ki so zaposleni v skrbstvenih poklicih (medicinske sestre, socialni delavci, učitelji, vzgojitelji), so veliko bolj občutljivi za potrebe ljudi kot posamezniki, ki so na položajih odločanja. Predvsem imajo mnogo boljši vpogled v dejanske situacije in strese družin in družinskih članov kot tisti, ki se z njimi ne srečujejo, čeprav na osnovi predpisov odločajo na primer o finančnih pomočeh. S tega stališča je jasno, da bi bilo med skrbstvenimi praksami dobro organizirati povezano odkrivanje in zmanjševanje revščine. Različni strokovnjaki bi se lahko povezovali v določenih programih, ne le za odkrivanje revščine, ampak tudi za izpostavljanje dejstva, da je toliko in toliko ljudi zaradi revščine ogroženih pri svojem bio-psiho-socialnem obstoju ali razvoju (5). Probleme in težave medicinske sestre odkrivajo in razrešujejo individualno, pri tem upoštevajo vse vidike osebnosti. Medicinske sestre samoiniciativno zbirajo informacije in podatke o problemih in težavah pacienta s tehnikami zdravstvene nege (2).

Posebno patronažne medicinske sestre, medicinske sestre v zdravstvenih domovih vsakodnevno srečujejo zaradi revščine ogrožene ljudi. Medicinske sestre imajo v odkrivanju revščine najbolj neposredno vlogo. Ker vstopajo v družinsko življenje v različnih starostnih obdobjih in pri različnih problemih v zvezi z zdravjem, imajo možnost ocenjevanja dejanske situacije skozi daljše obdobje in ob tem možnost zaznavanja revščine, ki jo prizadeti izražajo ali ne. Zaradi svoje vloge imajo možnost odkrivati prikrito revščino, ki je prisotna pri skupinah prebivalcev, ki po ocenjevalnih lestvicah (finančnih) ne sodijo v krog revnih ljudi. Take skupine so poleg skupin brez ali z nizkimi finančnimi prihodki tudi ljudje s posebnimi potrebami – starejši samski ljudje, invalidi, kronično bolni, matere samohranilke z nižjo izobrazbo, samske matere ali vdove z več otroki, nižje izobraženi, ljudje z manjšim intelektualnim potencialom, ki se težko znajdejo v družbi, družbeno neprilagodljivi ljudje, begunci, bivši zaporniki, priseljenci in drugače stigmatizirane skupine prebivalcev. Revščina je mnogokrat prisotna v družinah, ki jih nobena statistika ne zaznava kot revne. Sem spadajo družine alkoholikov, narkomanov ali drugače zasvojenih posameznikov, katerih osnovni prihodki so dokaj visoki, dejanske razmere pa dostikrat obupne. Žal medicinske sestre kot profesionalna skupina nimajo vidnejšega vpliva na vladne odločitve. Vendar vsaka ugotovitev ne pomeni, da v zvezi z revščino ne moremo storiti ničesar. Res je, da ne moremo ponuditi finančne pomoči, niti vplivati na povečanje zaposlovanja, lahko pa pomagamo z izpostavljanjem problemov, s katerimi se ljudje srečujejo v konkretnem življenju. Kot vemo, veliko ljudi priznanje revščine občuti, kot ponižanje osebnega dostojanstva. Zato kljub težkim razmeram, v katerih marsikdaj živijo, tega ne priznavajo kot revščino. Revščina je bila v

preteklosti družbena stigma – zaznavala se je kot krivda posameznika ali družine za svoje stanje (»kaj pa imajo toliko otrok«; »sam si je kriv, da nima izobrazbe in s tem boljšega delovnega mesta, zakaj se pa ni učil«; »če bi delali drugače, pa ne bi bili revni«). Deloma tudi posamezniki izgubijo svojo pozitivno samopodobo in začnejo kriviti sebe za nastalo situacijo. Zaradi slabšalnega prizvoka in stigme se mnogi ljudje na vse načine izogibajo priznanju, da živijo v pomanjkanju (jih je sram zaprositi za pomoč), ne prevzamejo materialne pomoči, do katere bi bili upravičeni. Medicinske sestre bi v okviru etike skrbi morale bolj izpostavljati probleme svojih varovancev in se zavzemati za večje razumevanje potreb ranljivih skupin v družbi. Slednje temelji na znanju, ki je temelj prepoznavanja problemov, in na večji proaktivni udeležbi v lastni praksi in v družbenem dogajanju, kjer medicinske sestre do sedaj niso bile vidno prisotne (5).

Poleg že omenjenega bi se medicinske sestre na vseh delovnih področjih morale zavedati psiholoških sprememb, ki se pojavijo pri ljudeh v revščini. Ugotovili so, da je negativni vpliv na zdravje tesno povezan z družinskim prihodkom, vplivajo pa tudi socialno okolje, razlike v življenjskem slogu, dostop do zdravstvenih storitev, nizka samopodoba in pomanjkljivo samoobvladovanje/nadzor nad sabo. Ljudje, ki nenadoma izgubijo zaposlitev in ostanejo brez sredstev za preživljanje, dostikrat postanejo depresivni in pasivni (5).

Patronažne medicinske sestre bi morale imeti možnost za boljše spremljanje starejših ljudi, ne po sistemsko določenem (določeno število obiskov letno), ampak v okviru individualnega pristopa (po potrebah ljudi in lastni strokovni presoji potreb). Potrebni bi bili več virov – človeških, profesionalnih, materialnih, za tiste ljudi, ki ne bodo imeli dovolj sredstev za plačilo. Vstopanje medicinske sestre v revno družino ali gospodinjstvo mora biti nevsiljivo, prijateljsko in z zavestnim namenom pomagati ljudem v stiski. Ljudje morajo občutiti, da jim medicinska sestra želi pomagati in ne, da nadzoruje njihovo situacijo. Ko vzpostavijo ustrezno stopnjo zaupanja, bi medicinska sestra lahko postala »posredovalka« ali pobudnica materialne pomoči (posredovanje med službami, ki delijo pomoč, in uporabniki, svetovanje glede potreb itd.). Če bomo v revni družini razlagali, katere drage čistilne pripomočke in sredstva za osebno higieno naj nabavijo, ker je od njih odvisno zdravje družinskih članov, bomo naleteli na nezaupanje in odklonilno vedenje. Vendar vemo, da se higienske navade privzgajajo od otroštva dalje in vplivajo na ohranitev zdravja. Zato bi v takih primerih medicinske sestre s stališča varovanja zdravja morale imeti možnost vplivanja in soodločanja pri delitvi materialnih pomoči družinam (5).

Po Klemencu (2003) zdravstvena nega vendarle razmišlja o novi vlogi in o oblikah razvoja in delovanja v družbi. Možnosti in ideje so številne, tudi glede možne vloge zdravstvene nege v boju proti revščini. Na tem področju bo potrebno prestopiti stroge okvire medicinskega pojmovanja vloge zdravstvene nege in jih približati socialnemu pogledu. Povezovanje različnih skrbstvenih praks pa tudi civilnih združenj in prostovoljnih organizacij bo v neposrednih okoljih moralo postati nujnost, če se želimo aktivno vključiti v reševanje problemov, kot je omejevanje (vplivov) revščine ali skrb za starejše, ki bodo tudi v prihodnje zaradi objektivnih vzrokov izpostavljeni revščini in slabši kakovosti življenja. Določenih problemov, kot je revščina, brez sodelovanja različnih skrbstvenih praks in povezovanja z drugimi družbenimi organizacijami, ne bo možno reševati. V zdravstveni negi je pomembno, da začnemo o revščini bolj pogosto razmišljati – strokovno in praktično. Revni so bolj ogroženi in imajo tudi dejansko večje probleme z zdravjem; zato se bodo pojmi revščina, zdravje in zdravstvena nega tudi v bodoče neločljivo prepletali (5).

6.1. Zdravstvena vzgoja ljudi nižjega ekonomskega sloja in promocija zdravja

Zdravstvena vzgoja je samostojna, vendar ne izolirana naloga medicinske sestre in je povezana z drugimi aktivnostmi v procesu zdravstvene nege. Namen zdravstvene vzgoje je vzpodbuditi posameznike (individualni pristop) ali skupine prebivalcev (skupinski pristop), da bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje. Zdravstvenovzgojni programi naj pomagajo posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo spreminjati življenjski slog (3).

Po Calisti Roy je obnašanje človeka zunanje izražanje njegovega počutja, ki je tesno povezano z fiziološko homeostazo. V našem primeru je nezdrav življenjski slog posledica stresa, ki ga povzroča slabo ekonomsko stanje. V nujnih primerih nas naš hormonski in živčni sistem pripravijo za obrambo pred takojšnjo fizično grožnjo, prične nam hitrejša bita srca, troši nam shranjeno energijo. Stres je v današnjem modernem svetu zelo pogost, zato je potrebno energijo, ki jo usmerimo v stres, usmeriti v drugo smer in s tem zmanjšamo boleznin in vzdržujemo zdravje. Royeva poudarja, da dokler lahko človek obdrži ravnovesje med psihičnimi, fizičnimi in socialnimi zahtevami in okoljem, obdrži svojo integriteto. Za človeka je zelo pomembna adaptacija. Adaptacija je proces, v katerem se organizem prilagodi

spremljajočim se razmeram v okolju. Vsak človek želi vzdrževati svoje fiziološke in psihološke sisteme v ravnovesju v okviru pogojev, v katerih živi. Kadar človek ima dražljaje v adaptacijskem nivoju, nanje primerno reagira in obdrži ravnovesje. Kadar so dražljaji izven meja sposobnosti prilagoditve, izven človekovega adaptacijskega nivoja, je njegova reakcija neprimerna oziroma neustrezna. Ravnovesje je porušeno, človek se mora naučiti uspešnega odzivanja nanje, sicer nanje reagira neuspešno (2).

Ob stikih s posameznikom medicinska sestra ves čas ocenjuje, katera njena naloga je ob bolniku prioriteta. Za ljudi, ki so zboleli in je njihov poglavitni razlog slabo ekonomsko stanje, je naloga zdravstvene nege povezava z določenimi institucijami, ki so primerne za tovrstne težave. Če medicinska sestra oceni, da slabo ekonomsko stanje ali neznanje posameznika vpliva na nezdrav življenjski slog, je njena naloga, da nudi zdravstveno vzgojo. Velikokrat je stres posrednik med ekonomskimi težavami in slabim zdravstvenim stanjem. Ekonomsko pomanjkanje povzroča vrsto stresov, človek porabi veliko energije za premagovanje stresov in tako nastanejo bolezni. Za omilitev stresa posegajo po nezdravem življenjskem slogu. Velikokrat pa je posledica nezdravega življenjskega sloga pri ljudeh nižjega ekonomskega sloja prav neznanje.

Ko obravnavamo posameznika, ga sprva ocenimo. Ocena je vezana na problem posameznika (nepravilna prehrana, kajenje, prekomerno pitje alkohola, preveč stresno življenje) in njegove zmožnosti (ali je sposoben kupiti živila, za katere jim dajemo nasvet, da so zdrava prehrana). Poznati moramo varovančevo pripravljenost na učenje (ali ima motivacijo) in spreminjanje navad ter prilagajanje na nove situacije. Proces spreminjanja življenjskega sloga ima več faz: faze razmišljanja o spremembi, priprave na spremembo, izvajanje spremembe, vztrajanje pri spremembi in ponovitev (*recidiv*). V fazi razmišljanja o spremembi gre za tehtanje med dejavniki za ali proti. Na ravnotežje odločitve lahko v tej fazi ugodno vplivajo pozitivni vzgledi in spodbude. Vloga medicinske sestre je predvsem v aktivnem poslušanju, ki prepreči vsiljevanje lastne presoje na odločitve posameznika. Iskanje alternativnih oblik vedenja za zadovoljitev potreb predstavlja osnovo za učinkovito in dolgotrajno spremembo le-tega. Izvajanje sprememb je stopnja v procesu spreminjanja, kjer igrajo pomembno vlogo za uspeh jasen cilj, realen načrt (glede na ekonomsko stanje), podpora okolice in nagrajevanje za dosežen uspeh. Dober načrt za izvajanje sprememb mora biti specifičen (sprememba prehrane na določen način, zmanjšanje pitja alkohola na določeno število enot na teden ...), rezultati morajo biti merljivi, načrt mora biti sprejemljiv za

posameznika (skladati se mora z navadami, kulturo, ekonomskim stanjem ...). Realen načrt je tisti, ki se posamezniku zdi izvedljiv. Časovna opredeljenost je pomembna za vrednotenje in doseganje načrtovanega. Pri tem je podpora osnovni element v vseh stopnjah v procesu spreminjanja, bodisi aktivna v smislu praktične pomoči, vzpodbude ali kot pasivna (vzglede zdravstvenih delavcev, timsko delo v osnovnem zdravstvu, pozitivno okolje, oprema čakalnic, zdravstvenovzgojna gradiva, itd.). Recidiv ali povrnitev v prejšnjo obliko vedenja je ena od stopenj v procesu spreminjanja, vendar ni njegov neizogibni del. Približno 70 % tistih, ki vstopijo v proces spreminjanja, se prej ali slej znajde na stopnji recidiva. Vendar recidiva ne smemo jemati, kot nekaj negativnega. Oseba, ki je šla skozi proces, se nekaj nauči in ko začne ponovno razmišljati in izvajati spremembo, ji naučeno koristi (3).

Biti zdrav je najosnovnejša človekova potreba in tudi družbeno priznana osebna pravica posameznika. To ne pomeni, da je družba v celoti odgovorna za posameznikovo zdravje – za ohranitev zdravja je odgovoren v prvi vrsti vsak posameznik sam, tudi v revščini. Na tem področju je možen velik prispevek medicinskih sester – z izobraževalnimi programi, kako se izogniti vplivom slabšega življenja na zdravje (na primer preprečevanje podhranjenosti, anemije, pomanjkanja vitaminov, kako preprečevati bolezni, kateri so negativni dejavniki, ki slabo vplivajo na zdravje – kajenje, alkohol). Razne oblike podhranjenosti, ki so posledica enoličnega, cenenega prehranjevanja, je možno preprečiti s svetovanjem o izbiri nadomestnih živil, ki omogočajo biološko polnovrednost. Zdrav način življenja in dejavnike, ki pripomorejo k slabšanju ali ogrožanju zdravja, je treba ljudem prikazati na primeren način. Razvoj in rast otrok iz revnih družin bi bilo potrebno poleg načrtovanih obiskov in pregledov spremljati bolj pogosto in usmerjeno, da bi pravočasno sestavili načrte za preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja, kadar bi ga zaznali. Ob tem je treba poudariti, da v naših šolah še vedno nihče ne pogreša medicinske sestre, kaj šele profesorja zdravstvene vzgoje, ki bi lahko spremljala stanje »ogroženih« otrok (3).

7. RAZISKOVALNI DEL DIPLOMSKE NALOGE

7.1. Opredelitev problema

V uvodu smo povedali, da je v zadnjih letih v Sloveniji porast kardiovaskularnih bolezni, raka, sladkorne bolezni, depresivnih obolenj itd., zato se je vredno vprašati naslednje: ali imajo na to velik vpliv ekonomske razmere; način življenja in pogoji, v katerih ljudje živijo oz. delajo; ali ljudje z nižjim ekonomskim statusom bolj posegajo po nezdravem življenjskem slogu in imajo posledično več dejavnikov tveganja za nastanek tovrstnih bolezni, kot tisti z visokim statusom?

7.2. Namen in cilj raziskave

Bolezni, ki so povzročene z ekonomskimi pomajkanji velikokrat spregledamo in jih zdravimo njihove posledice, ne da bi poiskali vzrok bolezni, zato je glavni namen raziskave pokazati, kako ekonomske razmere vplivajo na zdravje.

Cilji diplomske naloge:

- opisati socialne determinante zdravja,
- predstaviti zvezo med zdravjem in socialno neenakostjo in kakšen vpliv ima le ta na nastanek bolezni,
- narediti analizo vpliva ekonomskih razmer na zdravje v KS Žusterna (v Kopru) z izvedbo ankete in
- definirati vlogo medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z nižjega socialno-ekonomskega sloja.

7.3. Hipoteze

Hipoteza št. 1: Slabe ekonomske razmere imajo negativen vpliv na zdravje.

Hipoteza št. 2: Medicinska sestra ima ključno vlogo pri prepoznavanju bolezni, ki so posledica socio-ekonomskega statusa.

7.4. Materiali in metode

V raziskovalnem delu diplomske naloge, s katerim smo želeli priti do zastavljenih ciljev, je bil uporabljen anonimni anketni vprašalnik, ki je vseboval 22 zastavljenih vprašanj.

7.4.1. Metodologija raziskovanja

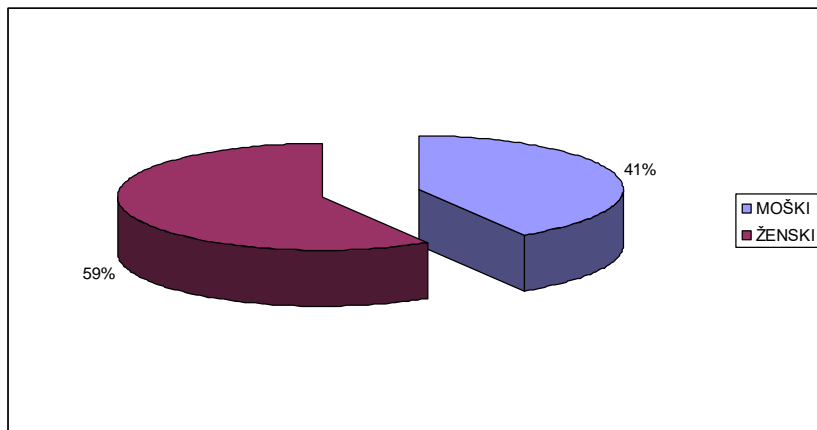
V empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili deskriptivno – opisno metodo s študijo domače in tuje strokovne literature. Kot osnovna metoda za zbiranje podatkov v raziskavi nam je služil anketni vprašalnik, s katerim smo poskušali ugotoviti, kako ekonomske razmere vplivajo na zdravje ljudi v krajevni skupnosti Žusterna (v Kopru). Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega, razdelili smo ga med 75 naključno izbranih polnoletnih krajanov, ki spadajo v različne starostne skupine. Dobljene rezultate smo analizirali in statistično obdelali s pomočjo računalniškega programa MS Excel, ter jih prikazali v obliki preglednic in grafov.

7.4.2. Način zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu januarju leta 2009. Po izdelavi anketnega vprašalnika je bil vzpostavljen stik s prebivalci krajevne skupnosti Žusterna (v Kopru), kateri so prostovoljno in anonimno prispevali k izpolnitvi anketnega vprašalnika.

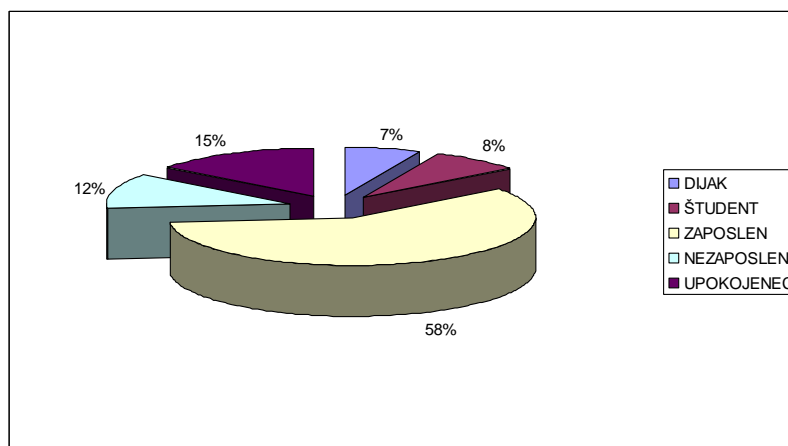
7.5. Osnovni podatki

Slika 1: Struktura anketirancev glede na spol



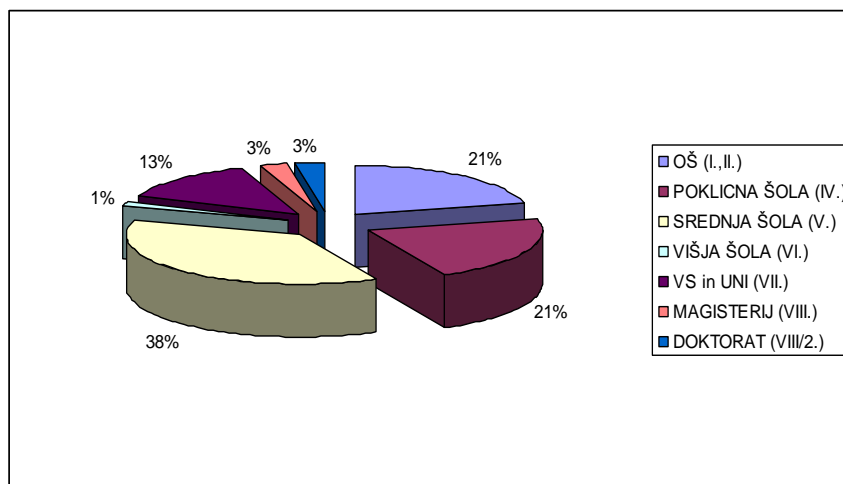
Med anketiranimi je bil delež žensk 59 % in 41 % pri moških (Slika 1).

Slika 2: Status anketirancev



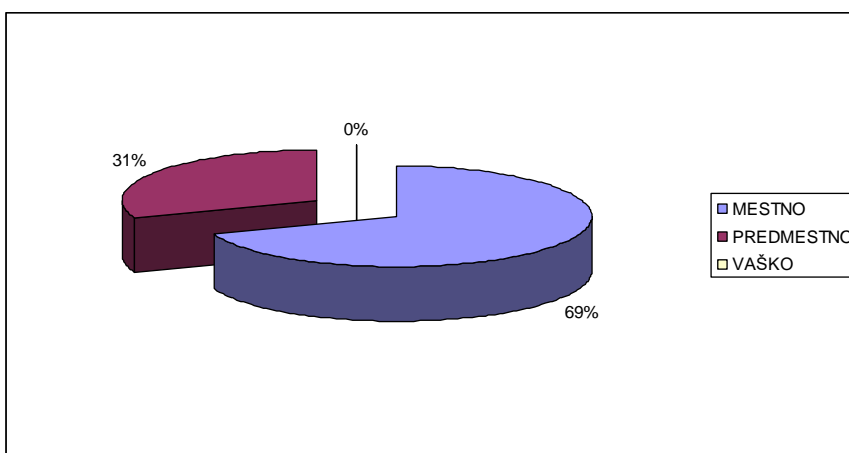
Zaposlenih je bilo 58 % anketiranih, upokojencev 15 %, nezaposlenih 12 %, dijakov 7 % in študentov 8 % (Slika 2).

Slika 3: Struktura anketirancev glede na izobrazbo

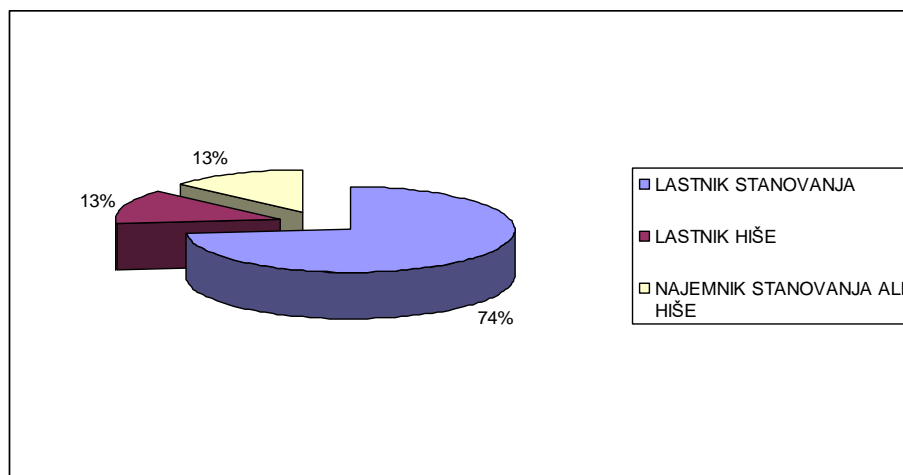


S končano osnovno šolo je bilo 21 % anketiranih, s poklicno 21 %, s srednjo 38 %, z višjo 1 %, z visoko in univerzitetno 13 %, z magisterijem 3 % in z doktoratom 3 % anketiranih (Slika 3).

Slika 4: Bivalna struktura



Slika 4 kaže, da 69 % anketiranih živi v mestnem okolju in 31 % v predmestnem.

Slika 5: Lastniška struktura nepremičnine

Zgornja slika (Slika 5) razkriva, da je 74 % anketiranih lastnikov oz. solastnikov stanovanja, 13 % je lastnikov hiše in preostalih 13 % je najemnikov stanovanja ali hiše.

Preglednica 1: Spol in ekonomsko stanje

	MOŠKI	ŽENSKE
300-500 €	13 oseb (42%)	20 oseb (45%)
501-700 €	4 oseb (13%)	13 oseb (30%)
701-800 €	10 oseb (32%)	5 oseb (11%)
800 € in več	4 oseb (13%)	6 oseb (14%)

Če pogledamo primerjavo med spoloma in ekonomskim stanjem, vidimo, da so ženske bistveno manj plačane, kot moški. Veliko več žensk spada v skupino, ki prejemajo od 300 do 700 € na člana gospodinjstva in veliko več moških spada v skupino, ki prejema na člana gospodinjstva več kot 700 € (Preglednica 1).

Preglednica 2: Spol in starost

	18-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60 in več let
MOŠKI	9 oseb (29%)	6 oseb (19%)	4 osebe (13%)	11 oseb (36%)	1 oseba (3%)
ŽENSKE	11 oseb (25%)	7 oseb (16%)	7 oseb (16%)	13 oseb (29%)	6 oseb (14%)

Med moškimi je najvišji delež tistih, ki spadajo v skupini od 50- 59 let in od 18-29 let. Med ženskimi je najvišji delež tistih, ki spadajo v skupini od 50-59 let in od 18-29 let (Preglednica 2).

Preglednica 3: Izobrazba in ekonomsko stanje

	OŠNOVNA ŠOLA	POKLICNA ŠOLA	SREDNJA ŠOLA	VIŠJA ŠOLA	VS in UNI	MAG	DR
300-500€	15 oseb (94%)	9 oseb (56%)	9 oseb (32%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
501-700€	1 oseba (6%)	6 oseb (38%)	10 oseb (36%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
701-800€	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)	7 oseb (25%)	1 oseba (100%)	5 oseb (50%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)
800 € in več	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (7%)	0 oseb (0%)	5 oseb (50%)	1 oseba (50%)	2 osebi (100%)

Če primerjamo anketirane glede na njihovo izobrazbo, ugotovimo, da so tisti z nižjimi dohodki manj izobraženi. Tisti z visokimi dohodki na člana gospodinjstva pa so večinoma tisti, ki so visoko izobraženi. (Preglednica 3).

Preglednica 4: Ekonomsko stanje in status

	dijak	študent	zaposlen	nezaposlen	upokojenec
300-500 €	4 osebe (80%)	2 osebi (33%)	14 oseb (32%)	7 oseb (78%)	6 oseb (55%)
501-700 €	1 oseba (20%)	1 oseba (17%)	9 oseb (20%)	2 osebi (22%)	4 osebe (36%)
701-800 €	0 oseb (0%)	2 osebi (33%)	13 oseb (30%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	0 oseb (0%)	1 oseba (17%)	8 oseb (18%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)

Zaposleni imajo različen dohodek, medtem ko imajo nezaposleni in upokojenci najnižje dohodke na člana gospodinjstva. Študenti imajo različne dohodke na člana gospodinjstva, medtem ko imajo dijaki najnižje dohodke (Preglednica 4). Dohodki dijakov in študentov so običajno odvisni od dohodka njihovih skrbnikov.

Preglednica 5: Ekonomsko stanje in starost

	18-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60 in več let
300-500 €	10 oseb (50%)	2 osebi (16%)	4 osebe (37%)	13 oseb (54%)	4 osebe (57%)
501-700 €	5 oseb (25%)	3 osebe (23%)	3 osebe (27%)	3 oseb (12%)	3 osebe (43%)
701-800 €	4 oseb (20%)	6 oseb (46%)	3 osebe (27%)	2 osebi (8%)	0 oseb (0%)
800 € in več	1 oseba (5%)	2 osebi (15%)	1 oseba (9%)	6 oseb (16%)	0 oseb (0%)

Če primerjamo dohodek glede na starost anketirancev, dobimo podatke, da imajo najnižje dohodke najmlajši in najstarejši prebivalci KS Žusterna (Preglednica 5). Najvišje dohodke imajo tisti, ki imajo od 30 do 39 let, saj je to najbolj aktivno obdobje v življenju posameznika.

Preglednica 6: Ekonomsko stanje in lastništvo

	lastnik stanovanja	lastnik hiše	najemnik
300-500 €	28 oseb (84%)	2 osebi (6%)	3 osebe (10%)
501-700 €	12 oseb (71%)	2 osebi (12%)	3 osebe (17%)
701-800 €	8 oseb (53%)	4 osebe (27%)	3 osebe (20%)
800 € in več	7 oseb (70%)	2 osebi (20%)	1 oseba (10%)

Tisti anketiranci, ki imajo najnižje dohodke od 300-500 € so v veliki večini lastniki stanovanj, med njimi pa je tudi najmanj najemnikov in lastnikov hiš. Zanimiv podatek je, da je v skupini od 701-800 € na člana gospodinjstva najvišji delež najemnikov in najmanjši delež lastnikov stanovanja (Preglednica 6).

7.6. Obiskovanje zdravnika

Preglednica 7 prikazuje obiskovanje zdravnika glede na ekonomsko stanje.

Preglednica 7: Obiskovanje zdravnika glede na ekonomsko stanje

	ga ne obiskujem	1x na mesec	več kot 1x na mesec	1x na leto
300-500 €	4 osebe (12%)	12 oseb (36%)	15 oseb (45%)	2 osebi (7%)
501-700 €	2 osebi (12%)	7 oseb (41%)	7 oseb (41%)	1 oseba (6%)
701-800 €	11 oseb (74%)	2 osebi (13%)	0 oseb (0%)	2 osebi (13%)
800 € in več	6 oseb (60%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	4 osebe (40%)

Med anketiranci, ki so v skupini, ki prejema mesečno od 300 do 500 € je največ oseb, ki obiskuje zdravnika več kot enkrat na mesec (45 %), medtem ko je med njimi samo 12 % takšnih, ki ga ne obiskujejo. Če pogledamo anketirance v skupini od 800 € in več dohodka na člana gospodinjstva je delež tistih, ki ne obiskujejo enak 60 %, medtem ko jih je 40 % takšnih, ki zdravnika obiščejo enkrat na leto.

Preglednica 8: Obiskovanje zdravnika glede na izobrazbo

	ga ne obiskujem	1x na mesec	več kot 1x na mesec	1x na leto
OSNOVNA ŠOLA	2 osebi (13%)	5 oseb (31%)	9 oseb (56%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	2 osebi (11%)	5 oseb (32%)	7 oseb (44%)	2 osebi (13%)
SREDNJA ŠOLA	7 oseb (25%)	11 oseb (39%)	6 oseb (21%)	4 osebe (15%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	7 oseb (70%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	3 osebe (30%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci, ki imajo osnovnošolsko izobrazbo največkrat obiščejo zdravnika in sicer več kot enkrat na mesec (56 %), medtem ko 13 % izmed njih sploh ne obiskuje zdravnika. Če ta podatek primerjamo s podatki anketirancev, ki imajo višjo oz. visoko stopnjo izobrazbe lahko opazimo, da anketiranci v tej skupini v velikem številu ne obiskujejo zdravnika z izjemo

visoko oz. univerzitetno izobraženih, kateri obiščejo zdravnika enkrat na leto v deležu 30 % (Preglednica 8).

Preglednica 9: Obiskovanje zdravnika glede na spol

	MOŠKI	ŽENSKE
ga ne obiskujem	15 oseb (48%)	8 oseb (18%)
več kot 1x na mesec	8 oseb (27%)	13 oseb (30%)
1x na mesec	3 oseb (11%)	19 oseb (43%)
1x na leto	5 oseb (14%)	4 oseb (9%)

Preglednica 9 prikazuje razliko v obiskovanju zdravnika med moškimi in ženskami. Med moškimi je največ tistih, ki ne obiskujejo zdravnika (48 % moških). Pri ženskah pa je največ tistih, ki obiskujejo zdravnika enkrat na mesec (43 % žensk). Iz tega lahko zaključimo, da so ženske pogostejše obiskovalke zdravnika.

Preglednica 10: Obiskovanje zdravnika glede na status

	dijak	študent	zaposlen	nezaposlen	upokojenec
ga ne obiskujem	1 oseba (20%)	4 osebe (67%)	16 oseb (36%)	1 oseba (11%)	1 oseba (9%)
1x na mesec	2 osebi (40%)	2 osebi (33%)	13 oseb (30%)	1 oseba (11%)	3 osebe (27%)
več kot 1x na mesec	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	7 oseb (16%)	7 oseb (78%)	7 oseb (64%)
1x na leto	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	8 oseb (18%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Med zaposlenimi je najvišji delež tistih, ki ne obiskujejo zdravnika in tistih, ki obiskujejo zdravnika enkrat na mesec. Če pa pogledamo med nezaposlene vidimo, da jih, kar 78 % obiskuje zdravnika več kot enkrat na mesec. Med upokojenci je najnižji delež tistih, ki ne obiskujejo zdravnika, medtem ko je med študenti ta delež najvišji. Pri dijakih je pogostost obiskovanja zdravnika visoka (Preglednica 10).

Preglednica 11: Obiskovanje zdravnika glede na starost

	18-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60 let in več
ga ne obiskujem	7 oseb (35%)	8 oseb (62%)	2 osebi (19%)	5 oseb (21%)	1 oseba (14%)
1x na mesec	8 oseb (40%)	3 osebe (23%)	3 osebe (27%)	6 oseb (25%)	1 oseba (14%)
več kot 1x na mesec	4 osebe (20%)	1 oseba (8%)	3 osebe (27%)	9 oseb (37%)	5 oseb (72%)
1x na leto	1 oseba (5%)	1 oseba (7%)	3 osebe (27%)	4 osebe (17%)	0 oseb (0%)

Skupina anketirancev, ki je starejša od 60 let in tisti, ki so stari med 50-59 let obiskujejo zdravnika najpogosteje, medtem ko skupina anketirancev v starosti med 30 in 39 let najmanjkrat obišče zdravnika (62 % iz te skupine) (Preglednica 11).

7.6.1. Obiskovanje zdravnika zaradi glavobola

Glavobol je v večini reakcija na stresne dogodke in zaskrbljenost. Velikokrat zdravimo glavobol s protibolečinsko terapijo, ne da bi ugotovili poglobitni vzrok za nastanek glavobola. Poskušali bomo ugotoviti, ali ima ekonomsko stanje kakršen koli vpliv na nastanek glavobola.

Preglednica 12: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobola glede na ekonomsko stanje

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	23 oseb (70%)	7 oseb (21%)	3 oseb (9%)	0 oseb (0%)
501-700 €	10 oseb (59%)	2 oseb (12%)	3 oseb (18%)	2 osebi (11%)
701-800 €	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Preglednica 12 prikazuje obiskovanje zdravnika zaradi glavobola glede na ekonomsko stanje. Opazamo, da tisti, ki imajo od 500-700 € dohodka na člana gospodinjstva najpogosteje obiskujejo zdravnika zaradi glavobola, sledijo jim tisti, ki imajo dohodek na člana gospodinjstva od 300 do 500 €. Tisti z višjimi dohodki tovrstnih težav nimajo, lahko torej

sklepamo, da tisti z nižjimi dohodki pogosteje obiskujejo zdravnika zaradi glavobola, kot tisti z višjimi dohodki.

Preglednica 13: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	11 oseb (69%)	4 osebe (25%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	10 oseb (62%)	3 osebe (19%)	2 osebi (13%)	1 oseba (6%)
SREDNJA ŠOLA	22 oseb (79%)	2 osebi (7%)	3 osebe (11%)	1 oseba (3%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci z osnovnošolsko in poklicno izobrazbo imajo najvišji delež obiskovanja zdravnika zaradi glavobolov. Tisti z visokimi šolami nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi tovrstnih težav. Iz tega lahko sklepamo, da tisti, ki so manj izobraženi, večkrat obiščejo zdravnika zaradi glavobolov, kot tisti, ki so visoko izobraženi (Preglednica 13).

Preglednica 14: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	28 oseb (90%)	2 osebi (6%)	1 oseba (4%)	0 oseb (0%)
ŽENSKE	30 oseb (68%)	7 oseb (16%)	5 oseb (12%)	2 osebi (4%)

Če pogledamo obiskovanje zdravnika zaradi glavobola glede na spol vidimo, da moški del anketirancev z 90 % deležem nikoli ne obišče zdravnika zaradi tovrstnih težav, medtem ko ženske z obiščejo zdravnika z 68 % deležem. Iz tega opazimo, da so ženske v primerjavi z moškimi tiste, ki pogosteje obiščejo zdravnika zaradi glavobolov (Preglednica 14).

Preglednica 15: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	4 oseb (80%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	6 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	40 oseb (91%)	3 osebe (7%)	1 oseba (2%)	0 oseb (0%)
nezaposlen	3 osebe (33%)	4 osebe (44%)	2 osebi (23%)	0 oseb (0%)
upokojenec	5 oseb (45%)	1 oseba (9%)	3 osebe (27%)	2 osebi (19%)

Največ obiskov pri zdravniku so zaradi glavobolov opravili nezaposleni in upokojenci. Če pogledamo nezaposlene jih 33 % nikoli ne obiskuje zdravnika, 44 % redko in 23 % občasno, medtem ko nasprotno zaposleni v 91 % nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi glavobolov. Iz tega bi lahko sklepali, da je nezaposlenost lahko eden izmed povzročiteljev glavobola (Preglednica 15).

Preglednica 16: Obiskovanje zdravnika zaradi glavobolov glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	17 oseb (85%)	3 osebe (15%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
30-39 let	11 oseb (85%)	0 oseb (0%)	2 osebi (15%)	0 oseb (0%)
40-49 let	10 oseb (91%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)
50-59 let	16 oseb (67%)	5 osebe (21%)	2 osebi (8%)	1 oseba (4%)
60 in več let	4 osebe (58%)	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)

Anketiranci, ki so starejši od 50 let in več so najpogostejši obiskovalci zdravnika zaradi glavobolov. Populacija anketirancev v starosti med 40 in 49 let pa obišče zdravnika zaradi tovrstnih težav najmanjkrat oz. nikoli (takšnih je 91 % iz te skupine) (Preglednica 16).

7.6.2. Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada

Poglavitni vzrok prehlada so virusi. Vendar so po novejših raziskavah ugotovili, da imajo čustveno izčrpani ljudje oslavljen imunski sistem in so s tem bolj dovzetni za prehlad. Pogledali si bomo, ali anketiranci obiskujejo zdravnika zaradi prehlada in ali je slednji povezan z ekonomskim stanjem anketirancev.

Preglednica 17: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na ekonomsko stanje

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	17 oseb (52%)	11 oseb (33%)	5 oseb (15%)	0 oseb (0%)
501-700 €	8 oseb (47%)	7 oseb (41%)	0 oseb (0%)	2 osebi (12%)
701-800 €	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	7 oseb (70%)	1 oseba (10%)	2 osebi (20%)	0 oseb (0%)

Anketiranci, ki spadajo v skupino od 300-500 € na člana gospodinjstva v 52 % nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi prehlada, redko jih obišče 33 % in občasno 15 %. Če pogledamo tiste z najvišjim dohodkom (800 € in več) vidimo, da anketiranci z višjim dohodkom imajo težave s prehladom, vendar je višji delež tistih, ki nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi tovrstne težave. Lahko torej sklepamo, da so tisti z nižjim dohodkom bolj izpostavljeni prehladu, kot tisti z višjim dohodkom.

Preglednica 18: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	12 oseb (75%)	2 osebi (12,5%)	2 osebi (12,5%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	8 oseb (50%)	7 oseb (44%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)
SREDNJA ŠOLA	14 oseb (50%)	9 oseb (32%)	3 osebe (11%)	2 osebi (7%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	8 oseb (80%)	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci s poklicno šolo v 50 % nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi prehlada, v 44 % redko, v 6 % pa občasno. Če slednje primerjamo z anketiranimi, ki so visokošolsko in univerzitetno izobraženi vidimo, da je med njimi 80 % takih, ki nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi prehlada, 10 % jih obišče redko in 10 % občasno. Lahko bi torej rekli, da so anketiranci z višjimi izobrazbami manj dovzetni za prehlade (Preglednica 18).

Preglednica 19: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	22 oseb (71%)	6 oseb (19%)	3 osebe (10%)	0 oseb (0%)
ŽENSKE	25 oseb (57%)	13 oseb (30%)	4 oseb (9%)	2 osebi (4%)

Ženske so pogostejše obiskovalke zdravnika zaradi prehlada, kot moški, saj jih le 57 % nikoli ne obišče zdravnika zaradi prehlada, 30 % redko, 9 % občasno in 4 % pogosto. Medtem ko je med moškimi takih, ki nikoli ne obiščejo zdravnika več t.j. 71 %, redko 19 % in občasno 10%. Lahko bi torej sklepali, da je med ženskami več obiskovalk zdravnika zaradi prehlada, kot med moškimi (Preglednica 19).

Preglednica 20: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)
študent	4 osebe (67%)	1 oseba (16,5%)	1 oseba (16,5%)	0 oseb (0%)
zaposlen	28 oseb (64%)	11 oseb (25%)	4 osebe (9%)	1 oseba (2%)
nezaposlen	7 oseb (78%)	2 osebi (22%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
upokojenec	6 oseb (55%)	3 oseb (27%)	1 oseba (9%)	1 oseba (9%)

Zaradi prehlada je najvišji delež obiskovalcev zdravnika med dijaki, le 40 % je takšnih, ki nikoli ne obišče zdravnika zaradi prehlada, 40 % jih redko obišče in 20 % občasno. Med zaposlenimi je delež tistih, ki nikoli ne obiščejo zdravnika 64 %, redko 25 %, občasno 9 % in pogosto samo 2 %. Če pogledamo nezaposlene vidimo, da je delež tistih, ki ne obiskujejo zdravnika zaradi prehlada višji (t.j. 78 %), le redki (22 %) izmed njih pa obiščejo zdravnika zaradi tovrstnih težav. Lahko torej rečemo, da nezaposleni ne obiskujejo zdravnika zaradi prehlada, ker jim tovrstna težava ne predstavlja velike težnosti, da bi morali obiskati zdravnika (Preglednica 20).

Preglednica 21: Obiskovanje zdravnika zaradi prehlada glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	10 oseb (50%)	7 oseb (35%)	3 osebe (15%)	0 oseb (0%)
30-39 let	10 oseb (77%)	2 osebi (15%)	0 oseb (0%)	1 oseba (8%)
40-49 let	7 oseb (64%)	2 osebi (18%)	2 osebi (18%)	0 oseb (0%)
50-59 let	16 oseb (67%)	6 oseb (25%)	2 osebi (8%)	0 oseb (0%)
60 in več let	4 osebe (57%)	2 osebi (29%)	0 oseb (0%)	1 oseba (14%)

V starostni skupini od 18-29 let je najvišji delež anketirancev, ki obiskuje zdravnika zaradi prehlada (Preglednica 21).

7.6.3. Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije

Tahikardija nastane v veliko primerih zaradi stresnega življenja in zaskrbljenosti. Pogledali si bomo, ali je obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije pogostejše pri tistih z nižjimi dohodki ali pri tistih z višjimi dohodki.

Preglednica 22: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na ekonomski status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	20 oseb (61%)	2 osebi (6%)	5 oseb (15%)	6 oseb (18%)
501-700 €	14 oseb (82%)	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)	2 osebi (12%)
701-800 €	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Med anketiranimi v skupini od 300-500 € je najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi tahikardije, kar 18 % anketiranih iz te ekonomske skupine pogosto obišče zdravnika zaradi tovrstnih težav. Močno razbijanje srca je lahko posledica zaskrbljenosti, ki se manifestira ob nizkem ekonomskem stanju. Tisti z visokimi dohodki nimajo težav s tahikardijo (Preglednica 22).

Preglednica 23: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	8 oseb (50%)	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	4 osebe (25%)
POKLICNA ŠOLA	12 oseb (75%)	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)
SREDNJA ŠOLA	24 oseb (86%)	1 oseba (3,5%)	2 osebi (7%)	1 oseba (3,5%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci z osnovno šolo imajo najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi tahikardije, kar četrtnina je takših, ki pogosto obiskujejo zdravnika zaradi tahikardije. Če pa pogledamo med anketirance, ki so visoko izobraženi vidimo, da teh težav nimajo (Preglednica 23).

Preglednica 24: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	29 oseb (94%)	0 oseb (0%)	1 oseba (3%)	1 oseba (3%)
ŽENSKE	30 oseb (68%)	2 osebi (5%)	5 oseb (11%)	7 oseb (16%)

Preglednica 24 nam ilustrira, da je med ženskami več obiskovalk zdravnika zaradi tahikardije, kot med moškimi.

Preglednica 25: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	4 oseb (80%)	0 oseb (0%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)
študent	6 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	39 oseb (89%)	2 osebi (4,5%)	1 oseba (2%)	2 osebi (4,5%)
nezaposlen	6 oseb (67%)	0 oseb (0%)	1 oseba (11%)	2 osebi (22%)
upokojenec	4 osebe (36%)	0 oseb (0%)	3 osebe (28%)	4 osebe (36%)

Preglednica 25 pove, da je med upokojenci in nezaposlenimi najvišji delež obiskovalcev zdravnika. Glede na njihov nižji dohodek lahko sklepamo, da ta povzroča zaskrbljenost in s tem posledično tahikardijo.

Preglednica 26: Obiskovanje zdravnika zaradi tahikardije glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	17 oseb (85%)	1 oseba (5%)	2 osebi (10%)	0 oseb (0%)
30-39 let	13 oseb(100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
40-49 let	9 oseb (83%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)
50-59 let	19 oseb (79%)	0 oseb (0%)	2 osebi (8%)	3 oseb (13%)
60 in več let	1 oseba (14%)	0 oseb (0%)	2 osebi (29%)	4 osebe (57%)

Tisti anketiranci, ki se uvrščajo v skupino od 60 let in več imajo najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi tahikardije, med njimi je kar 57 % pogostih obiskovalcev zdravnika. Če pa pogledamo skupino od 30-39 let vidimo, da ti tovrstnih težav nimajo (Preglednica 26).

7.6.4. Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih

V nadaljevanju se bomo ukvarjali z vprašanjem, ali je ekonomsko stanje povzročitelj obiskovanja zdravnika zaradi bolečin v prsih. Splošno znano je, da so bolečine v prsih lahko posledica stresa ali zaskrbljenosti.

Preglednica 27: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na ekonomsko stanje

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	20 oseb (61%)	4 osebe (12%)	5 oseb (15%)	4 osebe (12%)
501-700 €	13 oseb (76%)	3 osebe (18%)	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)
701-800 €	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Preglednica 27 nam prikazuje, da je med anketiranci z najnižjimi dohodki najvišji delež tistih, ki obiskujejo zdravnika. Iz tega lahko sklepamo, da je ekonomsko stanje lahko eden od povzročiteljev bolečin v prsih. Tisti z visokimi dohodki tovrstnih težav nimajo, kar potrjuje naš sklep.

Preglednica 28: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	10 oseb (64%)	2 osebi (12%)	2 osebi (12%)	2 osebi (12%)
POKLICNA ŠOLA	13 oseb (81%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)	2 oseb (13%)
SREDNJA ŠOLA	20 oseb (71%)	4 oseb (14%)	3 oseb (11%)	1 oseba (4%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Če povežemo obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih z izobrazbo, dobimo rezultate, ki nakazujejo večje težave zaradi bolečin v prsih pri tistih, ki imajo osnovnošolsko, srednjo in poklicno izobrazbo (Preglednica 28).

Preglednica 29: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	29 oseb (94%)	1 oseba (3%)	1 oseba (3%)	0 oseb (0%)
ŽENSKE	29 oseb (66%)	6 oseb (14%)	4 oseb (9%)	5 oseb (11%)

Med ženskami je višji delež obiskovalk zdravnika zaradi bolečin v prsih kot pri moških, kar je razvidno iz zgornje preglednice.

Preglednica 30: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	4 osebe (80%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	4 osebe (67%)	1 oseba (16,5%)	1 oseba (16,5%)	0 oseb (0%)
zaposlen	41 oseb (93%)	1 oseba (2%)	2 osebi (5%)	0 oseb (0%)
nezaposlen	4 osebe (45%)	2 oseba (22%)	1 oseba (11%)	2 osebi (22%)
upokojenec	5 oseb (45%)	2 osebe (18%)	1 oseba (9%)	3 osebe (27%)

Če pogledamo, katera skupina anketiranih glede na status največkrat obišče zdravnika zaradi bolečin v prsih, vidimo, da so to nezaposleni in upokojenci. Ker pa smo prej ugotovili, da ti dve skupini spadata največkrat v nižji ekonomski razred, lahko sklepamo, da ima to vpliv tudi na zdravje (Preglednica 30).

Preglednica 31: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v prsih glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	14 oseb (70%)	4 osebe (20%)	2 osebi (10%)	0 oseb (0%)
30-39 let	13 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
40-49 let	11 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
50-59 let	18 oseb (76%)	2 osebi (8%)	2 osebi (8%)	2 osebi (8%)
60 in več let	2 osebi (29%)	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)	3 osebe (43%)

Tisti anketiranci, ki se uvrščajo v skupino od 60 let in več imajo najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi bolečin v prsih, med njimi je kar 43 % pogostih obiskovalcev zdravnika (Preglednica 31).

7.6.5. Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem

Vzroki za težave z dihanjem so različni. V naslednjih tabelah bomo prikazali povezavo ekonomskega stanja z obiskovanjem zdravnika zaradi težav z dihanjem. Pogledali bomo, ali ekonomsko stanje vpliva na težave z dihanjem.

Preglednica 32: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na ekonomsko stanje

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	21 oseb (64%)	6 oseb (18%)	3 oseb (9%)	3 oseb (9%)
501-700 €	15 oseb (88%)	1 oseb (6%)	1 oseb (6%)	0 oseb (0%)
701-800 €	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem je najbolj značilno za anketirance z najnižjim dohodkom (Preglednica 32). Tudi težave z dihanjem lahko povežemo z nizkimi dohodki. Stres kot posledica slabega ekonomskega stanja lahko povzroči hitrejše dihanje.

Preglednica 33: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	12 oseb (75%)	2 osebi (12,5%)	2 osebi (12,5%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	11 oseb (69%)	3 osebe (19%)	0 oseb (0%)	2 osebi (12%)
SREDNJA ŠOLA	23 oseb (82%)	2 osebi (7%)	2 osebi (7%)	1 oseba (4%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketirani s poklicno, osnovnošolsko in srednjo izobrazbo so imeli največ obiskov pri zdravniku zaradi težav z dihanjem (Preglednica 33).

Preglednica 34: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	29 oseb (94%)	1 oseba (3%)	1 oseba (3%)	0 oseb (0%)
ŽENSKE	32 oseb (73%)	6 oseb (13%)	3 oseb (7%)	3 oseb (7%)

Med ženskami je višji delež obiskovalk zdravnika zaradi težav z dihanjem, kot pri moških (Preglednica 34).

Preglednica 35: Obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	3 osebe (60%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)
študent	4 osebe (66%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)	1 oseba (7%)
zaposlen	40 oseb (90%)	2 osebi (5%)	2 osebi (5%)	0 oseb (0%)
nezaposlen	7 oseb (78%)	2 osebi (12%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
upokojenec	7 oseb (64%)	1 oseba (9%)	1 oseba (9%)	2 osebi (18%)

Med dijaki, upokojenci in študenti je najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi težav z dihanjem (Preglednica 35).

Preglednica 36: obiskovanje zdravnika zaradi težav z dihanjem glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	15 oseb (75%)	2 osebi (10%)	2 osebi (10%)	1 oseba (5%)
30-39 let	13 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
40-49 let	10 oseb (91%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)
50-59 let	20 oseb (83%)	4 osebe (17%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
60 in več let	3 osebe (43%)	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)	2 osebi (29%)

Tisti anketiranci, ki se uvrščajo v skupino od 60 let in več imajo najvišji delež obiskovalcev zdravnika zaradi težav z dihanjem, med njimi je kar 29 % pogostih obiskovalcev zdravnika (Preglednica 36).

7.6.6. Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu

V tem podpoglavju si bomo pogledali, ali je ekonomsko stanje povezano z obiskovanjem zdravnika zaradi bolečin v križu.

Preglednica 37: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na ekonomsko stanje

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500€	13 oseb (39%)	5 oseb (15%)	5 oseb (15%)	10 oseb (31%)
501-700€	11 oseb (65%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)	5 oseb (29%)
701-800€	12 oseb (79%)	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)
800€ in več	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Največ obiskov pri zdravniku zaradi težav v križu opravijo anketiranci z najnižjimi dohodki. Kar tretjina anketiranih, ki se uvrščajo v skupino od 300 do 500 € na člana gospodinjstva, pogosto obišče zdravnika zaradi bolečin v križu (Preglednica 37).

Preglednica 38: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	4 oseb (26%)	2 oseb (12%)	2 oseb (12%)	8 oseb (50%)
POKLICNA ŠOLA	7 oseb (44%)	2 oseb (12%)	2 oseb (12%)	5 oseb (32%)
SREDNJA ŠOLA	19 oseb (68%)	4 oseb (14%)	2 oseb (7%)	3 oseb (11%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci z osnovno šolo največkrat obiščejo zdravnika zaradi bolečin v križu. Samo 26 % jih ne obiskuje zdravnika zaradi tovrstnih težav, 12 % redko, 12 % občasno in kar 50 % pogosto. Višja kot je izobrazba, manjše so težave z bolečinami v križu (Preglednica 38).

Preglednica 39: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	20 oseb (64%)	5 oseb (16%)	3 osebe (10%)	3 osebe (10%)
ŽENSKE	25 oseb (57%)	3 osebe (7%)	3 osebe (7%)	13 oseb (29%)

Ženske pogosteje obiščejo zdravnika zaradi bolečin v križu, kot moški (Preglednica 39).

Preglednica 40: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	4 osebe (80%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	6 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	30 oseb (68%)	5 oseb (11%)	3 osebe (7%)	6 oseb (14%)
nezaposlen	2 osebi (22%)	2 osebi (22%)	1 oseba (11%)	4 osebe (45%)
upokojenec	3 osebe (27%)	0 oseb (0%)	2 osebi (18%)	6 oseb (55%)

Iz preglednice 40 je razvidno, da zaradi bolečin v križu upokojenci in nezaposleni najpogosteje obiščejo zdravnika, čeprav naj bi bili nezaposleni manj dovzetni za bolečine v križu, saj niso izpostavljeni rednim fizičnim naporom, ki jih zahteva redno delo. Za razliko od tega pa je zaposlenih veliko manj takšnih, ki bi imeli težave z bolečinami v križu.

Preglednica 41: Obiskovanje zdravnika zaradi bolečin v križu glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	17 oseb (85%)	2 osebi (10%)	1 oseba (5%)	0 oseb (0%)
30-39 let	10 oseb (77%)	1 oseba (8%)	0 oseb (0%)	2 osebi (15%)
40-49 let	6 oseb (55%)	0 oseb (0%)	2 osebi (18%)	3 osebe (27%)
50-59 let	11 oseb (46%)	5 oseb (21%)	2 osebi (8%)	6 oseb (25%)
60 in več let	1 oseba (14%)	0 oseb (0%)	1 oseba (14%)	5 oseb (72%)

Glede na starost najpogosteje obiskujejo zdravnika zaradi bolečin v križu tisti, ki so starejši od 40 let. Najbolj kritična skupina pa je od 60 in več let (Preglednica 41).

7.6.7. Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti

Slabost je lahko simptom za več bolezni. Pogledali si bomo, katere ekonomske skupine najpogosteje obiščejo zdravnika zaradi slabosti.

Preglednica 42: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na ekonomski status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500 €	25 oseb (76%)	3 osebe (9%)	3 osebe (9%)	2 osebi (6%)
501-700 €	11 oseb (65%)	3 osebe (18%)	2 osebi (11%)	1 oseba (6%)
701-800 €	13 oseb (87%)	2 osebi (13%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Največ obiskov zaradi slabosti so opravili tisti, ki so v skupini od 500 do 700 € na člana gospodinjstva (Preglednica 42). Iz tega bi lahko sklepali, da je nizek dohodek lahko povzročitelj slabosti.

Preglednica 43: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	11 oseb (69%)	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	1 oseba (6%)
POKLICNA ŠOLA	13 oseb (82%)	1 oseba (6%)	1 oseba (6%)	1 oseba (6%)
SREDNJA ŠOLA	21 oseb (75%)	5 oseb (17%)	1 oseba (4%)	1 oseba (4%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Iz zgornje preglednice lahko odčitamo, da tisti z osnovno, srednjo in poklicno šolo največkrat obiskujejo zdravnika zaradi slabosti.

Preglednica 44: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	27 oseb (87%)	3 osebe (10%)	1 oseba (3%)	0 oseb (0%)
ŽENSKE	32 oseb (73%)	5 oseb (11%)	4 osebe (9%)	3 osebe (7%)

Preglednica 44 kaže, da ženske večkrat obiščejo zdravnika zaradi slabosti, kot moški.

Preglednica 45: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	4 oseb (80%)	0 oseb (0%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)
študent	5 oseb (83%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	36 oseb (82%)	4 osebe (9%)	3 osebe (7%)	1 oseba (2%)
nezaposlen	5 oseb (56%)	2 osebi (22%)	1 oseba (11%)	1 oseba (11%)
upokojenec	9 oseb (82%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)

Nezaposleni največkrat obiskujejo zdravnika zaradi slabosti (Preglednica 45).

Preglednica 46: Obiskovanje zdravnika zaradi slabosti glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	15 oseb (75%)	3 osebe (15%)	2 osebi (10%)	0 oseb (0%)
30-39 let	10 oseb (77%)	2 osebi (15%)	0 oseb (0%)	1 oseba (8%)
40-49 let	9 oseb (82%)	1 oseba (9%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)
50-59 let	20 oseb (84%)	1 oseba (4%)	2 osebi (8%)	1 oseba (4%)
60 in več let	5 oseb (72%)	1 oseba (14%)	0 oseb (0%)	1 oseba (14%)

V starostni skupini od 60 let in več je najvišji delež obiskovanja zdravnika zaradi slabosti (Preglednica 46).

7.6.8. Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti

Zaskrbljenost je eden od vzrokov številnih bolezni. Ta povzroča veliko bolezni, med njimi so najbolj pogoste bolezni srca in ožilja. V nadaljevanju si bomo ogledali, ali ekonomsko stanje anketirancev vpliva na nastanek zaskrbljenosti.

Preglednica 47: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na ekonomski status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
300-500€	22 oseb (67%)	2 osebi (6%)	0 oseb (0%)	9 oseb (27%)
501-700€	12 oseb (71%)	2 osebi (12%)	0 oseb (0%)	3 osebe (17%)
701-800€	15 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800€ in več	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti je značilno za tiste, ki imajo najnižje dohodke (Preglednica 47). Lahko sklepamo, da nizek dohodek povzroča zaskrbljenost in stres. Kot smo ugotovili, imajo tisti z nižjim ekonomskim stanjem, veliko več zdravstvenih težav, kot tisti z višjim. Zdravstvene težave bi lahko bile posledica zaskrbljenosti, zaskrbljenost pa bi bila lahko posledica nizkega ekonomskega stanja.

Preglednica 48: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na izobrazbo

	nikoli	redko	občasno	pogosto
OSNOVNA ŠOLA	9 oseb (56%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)	6 oseb (38%)
POKLICNA ŠOLA	10 oseb (62%)	2 osebi (13%)	0 oseb (0%)	4 osebe (25%)
SREDNJAŠOLA	25 oseb (89%)	1 oseba (4%)	0 oseb (0%)	2 osebi (7%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Preglednica 48 prikazuje, da je skupina anketirancev z osnovno in poklicno šolo največkrat obiskala zdravnika zaradi slabosti.

Preglednica 49: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na spol

	nikoli	redko	občasno	pogosto
MOŠKI	30 oseb (97%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (3%)
ŽENSKE	29 oseb (66%)	4 osebe (9%)	0 oseb (0%)	11 oseb (25%)

Ženske veliko več obiskujejo zdravnika zaradi zaskrbljenosti, kot moška populacija. Visokih 97 % je moških, ki nikoli ne obiščejo zdravnika, medtem ko na drugi strani 25 % ženske populacije pogosto obišče zdravnika zaradi zaskrbljenosti (Preglednica 49).

Preglednica 50: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na status

	nikoli	redko	občasno	pogosto
dijak	5 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	6 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	41 oseb (93%)	1 oseba (2%)	0 oseb (0%)	2 osebi (5%)
nezaposlen	4 osebe (44,5%)	1 oseba (11%)	0 oseb (0%)	4 osebe (44,5%)
upokojenec	3 osebe (27%)	2 osebi (18%)	0 oseb (0%)	6 oseb (55%)

Za razliko od upokojencev in nezaposlenih, ki največkrat obiščejo zdravnika zaradi zaskrbljenosti, nihče izmed anketiranih dijakov in študentov ne obišče zdravnika zaradi zaskrbljenosti (Preglednica 50). To lahko povežemo z ekonomskim stanjem, saj imajo brezposelni in upokojenci običajno nižji dohodek, kot zaposleni.

Preglednica 51: Obiskovanje zdravnika zaradi zaskrbljenosti glede na starost

	nikoli	redko	občasno	pogosto
18-29 let	20 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
30-39 let	13 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
40-49 let	8 oseb (73%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	3 osebe (27%)
50-59 let	17 oseb (71%)	3 osebe (13%)	0 oseb (0%)	4 osebe (16%)
60 in več let	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)	0 oseb (0%)	5 oseb (72%)

Med anketiranci, ki so stari od 60 let in več je najvišji delež obiskovalcev zdravnika, kar pa ne velja za mlajše populacije, ki nikoli ne obiščejo zdravnika zaradi tovrstnih težav (Preglednica 51).

7.7. Težave v zadnjem letu

Preglednica 52: Težave v zadnjem letu glede na ekonomsko stanje

	s prebavo	z nemirnostjo	s potrtostjo	zvišan tlak	zvišan sladkor	s srcem in ožiljem
300-500 €	11 oseb (33%)	6 oseb (18%)	13 oseb (39%)	10 oseb (30%)	7 oseb (21%)	9 oseb (27%)
501-700 €	8 oseb (47%)	1 oseba (6%)	7 oseb (4%)	3 osebe (18%)	2 osebi (12%)	2 osebi (12%)
701-800 €	2 osebi (13%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (7%)
800 € in več	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)

V zadnjem letu so imeli največ težav z zdravjem tisti, ki imajo dohodek na člana gospodinjstva od 300 do 500 €. V tej skupini je bilo kar nekaj anketirancev s povečanim številom težav v zadnjem letu, medtem ko so v višjih dohodkovnih razredih imeli le po eno težavo v zadnjem letu. V dohodkovnem razredu od 300 do 500 € na člana gospodinjstva so

imeli največje težave s potrtostjo (39 %), s prebavo (33 %), z zvišanim tlakom (30 %), s srcem in ožiljem (27 %), z zvišanim sladkorjem (21 %) in z nemirnostjo (18 %). Največje težave s prebavo so imeli tisti, ki imajo dohodek na člana gospodinjstva od 501 do 700 €, in sicer kar 47 % v zadnjem letu. Druge težave so bile v manjšem obsegu, če primerjamo s skupino od 300 do 500 € na člana gospodinjstva. V skupini od 700 do 800 € na člana gospodinjstva vidimo, da so v zadnjem letu imeli le manjše težave s prebavo, nemirnostjo in s srcem in ožiljem. V skupini anketiranih od 800 € in več na člana gospodinjstva vidimo, da so imeli težave s prebavo, nemirnostjo in zvišanim sladkorjem. Težave z nemirnostjo in zvišanim sladkorjem so bile velike, če jih primerjamo z nižjimi dohodkovnimi razredi (Preglednica 52).

Sklepamo, da so ekonomski stresi povzročitelji težav z zdravjem. Kot vidimo, je potrtost najbolj značilna za tiste z najnižjim dohodkom. Te pa so lahko vzroki za težave s prebavo, zvišanim tlakom, zvišanim sladkorjem in s srcem in ožiljem. Torej lahko rečemo, da je ekonomsko stanje eden od vzrokov za nastanek težav.

Preglednica 53: Težave v zadnjem letu glede na izobrazbo

	s prebavo	z nemirnostjo	s potrtostjo	zvišan tlak	zvišan sladkor	s srcem in ožiljem
OSNOVNA ŠOLA	6 oseb (38%)	4 osebe (25%)	8 oseb (50%)	6 oseb (38%)	4 osebe (25%)	5 oseb (31%)
POKLICNA ŠOLA	6 oseb (38%)	2 osebi (13%)	8 oseb (50%)	4 osebe (25%)	3 osebe (19%)	3 osebe (19%)
SREDNJA ŠOLA	8 oseb (29%)	2 osebi (7%)	4 osebe (14%)	3 osebe (11%)	2 osebi (7%)	4 osebe (14%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	2 osebi (20%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
MAG	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Iz preglednice 53 je razvidno, da je najvišji odstotek pojava bolezni prisoten pri anketiranih z osnovno šolo, in sicer od 16 takšnih anketirancev jih kar polovica t.j. 8 oseb (ali 50 %) ima težave s potrtostjo, sledijo težave s prebavo in zvišanim tlakom (6 oseb od skupaj 16, t.j. 38 % za vsako težavo). Iz tega lahko zaključimo, da je pojav težav večji pri manj izobraženih, kot

pri visoko izobraženih. Kot smo v raziskavi ugotovili, so tisti z nižjo izobrazbo bistveno manj plačani za svoje delo. Težave z zdravjem so lahko posledica nizkega ekonomskega stanja in s tem ekonomskih stresov in zaskrbljenosti, ki jih prinaša nizko ekonomsko stanje.

Preglednica 54: Težave v zadnjem letu glede na spol

	MOŠKI	ŽENSKE
s prebavo	5 oseb (16%)	17 oseb (39%)
z nemirnostjo	3 osebe (10%)	6 oseb (14%)
s potrtostjo in brezvoljnostjo	3 osebe (10%)	17 oseb (39%)
zvišanim tlakom	1 oseba (3%)	12 oseb (27%)
zvišanim sladkorjem	1 oseba (3%)	9 oseb (21%)
s srcem in ožiljem	2 osebi (7%)	10 oseb (23%)
drugo...	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Preglednica 54 prikazuje, kateri spol je imel večje težave z zdravjem v zadnjem letu. Kot vidimo, so ženske imele veliko več težav z zdravjem v zadnjem letu kot moški. Na začetku smo že ugotovili, da so ženske manj plačane za svoje delo, kot moški. Zato lahko rečemo, da so ženske zaradi nižjega ekonomskega stanja bolj izpostavljene zdravstvenim težavam.

Preglednica 55: Težave v zadnjem letu glede na status

	s prebavo	Z nemirnostjo	s potrtostjo in brezvoljnostjo	zvišanim tlakom	zvišanim sladkorjem	s srcem in ožiljem
dijak	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	2 osebi (33%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zaposlen	10 oseb (23%)	2 osebi (46%)	6 oseb (14%)	3 osebe (7%)	4 osebe (9%)	3 osebe (7%)
nezaposlen	5 oseb (56%)	3 osebe (33%)	6 oseb (67%)	2 osebi (22%)	2 osebi (22%)	3 osebe (33%)
upokojenec	4 osebe (36%)	2 osebi (18%)	8 oseb (73%)	8 oseb (73%)	4 osebe (36%)	6 oseb (55%)

Če primerjamo zaposlene in nezaposlene, vidimo, da so nezaposleni imeli večje težave z zdravjem v zadnjem letu kot zaposleni. Pri nezaposlenih je bila zelo velika prisotnost brezvoljnosti in težav s prebavo. Pri zaposlenih pa vidimo zelo veliko prisotnost nemirnosti v

zadnjem letu. Upokojenci so imeli zelo velike težave z zdravjem v zadnjem letu in lahko bi rekli, da so najbolj rizična skupina. Najvišji odstotek težav se je pojavljal v obliki brezvoljnosti in težav z zvišanim tlakom (Preglednica 55).

Preglednica 56: Težave v zadnjem letu glede na starost

	s prebavo	z nemirnostjo	s potrtostjo in brezvoljnostjo	zvišanim tlakom	zvišanim sladkorjem	s srcem in ožiljem
18-29 let	6 oseb (30%)	3 osebe (15%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (5%)	1 oseba (5%)
30-39 let	1 oseba (8%)	0 oseb (0%)	1 oseba (8%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (8%)
40-49 let	4 osebe (36%)	1 oseba (9%)	5 oseb (46%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
50-59 let	7 oseb (29%)	3 osebe (12,5%)	8 oseb (33%)	6 oseb (25%)	5 oseb (21%)	5 oseb (21%)
60 in več let	4 osebe (57%)	2 osebi (29%)	6 oseb (85%)	6 oseb (85%)	4 osebe (57%)	5 oseb (71%)

Če pogledamo, katera starostna skupina je imela največ težav v zadnjem letu ugotovimo, da je skupina od 60 let in več najbolj rizična skupina, saj se vse težave pojavljajo v zelo velikem obsegu. Brezvoljnost in zvišan tlak zavzemata največji delež v tej starostni skupini. Druga najbolj rizična skupina pa je od 50 do 59 let (Preglednica 56).

7.8. Bolezni, za katerimi se anketiranci redno zdravijo

Preglednica 57: Ekonomsko stanje in diagnoze

	nimam diagnoze	povišan krvni tlak	povišan sladkor	KOPB	revmatoidni artritis	obrada hrbtenice	kronični gastritis	depresija	Alergije
300-500 €	14 oseb (42%)	10 oseb (30%)	5 oseb (15%)	1 oseba (3%)	2 osebi (6%)	2 osebi (6%)	7 oseb (21%)	5 oseb (15%)	1 oseba (3%)
501-700 €	10 oseb (59%)	3 osebe (18%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)	3 osebe (18%)	2 osebi (12%)	1 oseba (6%)
701-800 €	13 oseb (88%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
800 € in več	9 oseb (90%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (10%)

Preglednica 57 nam pove, katere ekonomske skupine imajo največ diagnosticiranih bolezni. Največ diagnosticiranih bolezni imajo tisti, ki spadajo v skupino, katera prejema od 300 do 500 € na člana gospodinjstva. Največ jih ima diagnosticiran povišan krvni tlak, kronični gastritis, povišan sladkor in depresijo. Če pogledamo ostale ekonomske skupine, vidimo, da imajo manj diagnosticiranih bolezni.

Preglednica 58: Izobrazba in diagnoze

	nimam diagnoze	povišan krvni tlak	povišan sladkor	KOPB	revmatoidni artritis	obrada hrbtenice	Kronični gastritis	depresija	alergije
OSNOVNA ŠOLA	5 oseb (31%)	6 oseb (37,5%)	3 osebe (19%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (12,5%)	4 osebe (25%)	4 osebe (25%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	8 oseb (50%)	4 osebe (25%)	2 osebi (12,5%)	1 oseba (6%)	2 osebi (12,5%)	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
SREDNJA ŠOLA	19 oseb (68%)	3 osebe (11%)	1 oseba (4%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (4%)	4 osebe (14%)	3 osebe (11%)	2 osebi (7%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	9 oseb (90%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (10%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci z osnovno šolo imajo največ diagnosticiranih bolezni, zato lahko predvidevamo, da imajo tisti z nižjo izobrazbo veliko več diagnosticiranih bolezni, kot tisti z višjimi izobrazbami. Pri tistih z nižjo izobrazbo se veliko večkrat pojavlja povišan krvni tlak, povišan sladkor, kronični gastritis in depresija, kot pri tistih z višjo izobrazbo (Preglednica 58).

Preglednica 59: Spol in diagnoze

	MOŠKI	ŽENSKE
nimam diagnoze	25 oseb (81%)	21 oseb (48%)
povišan krvni tlak	1 oseba (3%)	12 oseb (27%)
povišan krvni sladkor	0 oseb (0%)	6 oseb (14%)
KOPB	1 oseba (3%)	0 oseb (0%)
revmatoidni artritis	1 oseba (3%)	1 oseba (2%)
obrada hrbtenice	2 osebi (7%)	2 osebi (5%)
kronični gastritis	1 oseba (3%)	10 oseb (23%)

depresija	0 oseb (0%)	7 oseb (16%)
alergije	0 oseb (0%)	3 osebe (7%)

Ženske imajo veliko več diagnosticiranih bolezni, kot moški. To bi lahko intepretirali s tem, da moški manj obiskujejo zdravnika in s tem nimajo postavljenih diagnoz, medtem ko ženske ob težavah v veliki večini obiščejo zdravnika (Preglednica 59).

Preglednica 60: Status in diagnoze

	NIMAM diagnoze	povišan krvni tlak	povišan krvni sladkor	KOPB	revmatoidni artritis	obrada hrbtenice	kronični gastritis	depresija	alergije
dijak	5 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
študent	5 oseb (83%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (17%)
zaposlen	30 oseb (68%)	2 osebi (5%)	1 oseba (2%)	1 oseba (2%)	1 oseba (2%)	2 osebi (2%)	5 oseb (11%)	2 osebi (5%)	2 osebi (5%)
nezaposlen	3 osebe (33%)	4 osebe (44%)	1 oseba (11%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (11%)	3 osebe (33%)	4 osebe (44%)	0 oseb (0%)
upokojenec	3 osebe (27%)	7 oseb (64%)	4 osebe (36%)	0 oseb (0%)	1 oseba (9%)	1 oseba (9%)	3 osebe (27%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)

Upokojenci in nezaposleni imajo največ postavljenih diagnoz. Študenti in dijaki pa največkrat nimajo nobene postavljene diagnoze. Pri zaposlenih je veliko manj postavljenih diagnoz, kot pri nezaposlenih (Preglednica 60).

Preglednica 61: Starost in diagnoze

	NIMAM diagnoz e	povišan krvni tlak	povišan krvni sladkor	KOPB	revmatoidni artritis	obrada hrbtenice	kronični gastritis	depresija	alergije
18-29 let	19 oseb (95%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (5%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseb (5%)
30-39 let	13 oseb (92%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseb (8%)
40-49 let	4 osebe (36%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (18%)	1 oseba (9%)	3 osebe (27%)	2 oseb (18%)	0 oseb (0%)
50-59 let	11 oseb (46%)	6 oseb (25%)	2 osebi (8%)	1 oseba (4%)	0 oseb (0%)	1 oseba (4%)	5 oseb (21%)	4 oseb (17%)	1 oseb (4%)
60 in več let	1 oseba (14%)	6 oseb (86%)	4 osebe (57%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (14%)	3 osebe (43%)	1 oseb (14%)	0 oseb (0%)

Skupina anketirancev od 40 leta naprej ima največ postavljenih diagnoz. Skupina s 60 let in več pa je najbolj rizična skupina, in sicer jih le 14 % nima postavljene diagnoze (t.j. samo 1 oseba od skupaj 7 oseb iz te skupine) (Preglednica 61).

7.9. Ocena zdravstvenega stanja

Preglednica 62: Ekonomsko stanje in ocena zdravstvenega stanja

	ZELO SLABO	SLABO	DOBRO	ZELO DOBRO	ODLIČNO
300-500 €	12 oseb (36%)	3 osebe (9%)	11 oseb (34%)	4 osebe (12%)	3 osebe (9%)
501-700 €	3 osebe (18%)	1 oseba (6%)	10 oseb (58%)	1 oseba (6%)	2 osebi (12%)
701-800 €	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)	4 osebe (27%)	0 oseb (0%)	10 oseb (66%)
800 € in več	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	2 osebi (20%)	3 osebe (30%)	4 osebe (40%)

Če pogledamo zgornjo preglednico, hitro ugotovimo, da so svoje zdravstveno stanje najslabše ocenili anketiranci z najnižjim ekonomskim stanjem. Iz tega lahko sklepamo, da so tisti z višjim ekonomskim stanjem bolj zadovoljni s svojim zdravstvenim stanjem oz. imajo manj težav z zdravjem in manj postavljenih diagnoz.

Preglednica 63: Izobrazba in ocena zdravstvenega stanja

	ZELO SLABO	SLABO	DOBRO	ZELO DOBRO	ODLIČNO
OSNOVNA ŠOLA	8 oseb (50%)	3 osebe (19%)	4 osebe (25%)	0 oseb (0%)	1 oseba (6%)
POKLICNA ŠOLA	5 oseb (31%)	1 oseba (6%)	7 oseb (44%)	1 oseba (6%)	2 osebi (13%)
TEHNIČNA ŠOLA	3 osebe (11%)	0 oseb (0%)	15 oseb (54%)	4 osebe (14%)	6 oseb (21%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)
VS IN UNI	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)	1 oseba (10%)	3 osebe (30%)	5 oseb (50%)
MAG	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)
DR	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)

Kot je razvidno iz preglednice 63, so anketiranci z osnovno šolo najslabše ocenili svoje zdravstveno stanje. To je pričakovano in sprejemljivo glede na to, da smo že predhodno ugotovili, da imajo največ diagnosticiranih bolezni in zdravstvenih težav. Zaključimo lahko, da višja kot je izobrazba, boljše anketiranci ocenjujejo svoje zdravstveno stanje.

Preglednica 64: Spol in ocena zdravstvenega stanja

	MOŠKI	ŽENSKE
zelo slabo	2 osebi (6%)	15 oseb (34%)
slabo	1 oseba (3%)	3 osebe (7%)
dobro	13 oseb (42%)	14 oseb (32%)
zelo dobro	3 osebe (10%)	5 oseb (11%)
odlično	12 oseb (39%)	7 oseb (16%)

Ugotovili smo, da ženske svoje zdravstveno stanje ocenjujejo z nižjo oceno, za razliko od moških, ki so s svojim zdravstvenim stanjem bolj zadovoljni (Preglednica 64).

Preglednica 65: Status in ocena zdravstvenega stanja

	zelo slabo	slabo	dobro	zelo dobro	odlično
dijak	1 oseba (20%)	0 oseb (0%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)
študent	2 osebi (33%)	0 oseb (0%)	1 oseba (17%)	1 oseba (17%)	2 osebi (33%)
zaposlen	2 osebi (4,5%)	2 osebi (4,5%)	21 oseb (48%)	4 osebe (9%)	15 oseb (34%)
nezaposlen	5 oseb (56%)	1 oseba (11%)	2 osebi (22%)	1 oseba (11%)	0 oseb (0%)
upokojenec	7 oseb (64%)	1 oseba (9%)	2 osebi (18%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)

Kot je razvidno iz preglednice 65, so nezaposleni in upokojenci ocenili svoje zdravstveno stanje najslabše. To lahko povežemo s tem, da so imeli nezaposleni in upokojenci največ težav z zdravjem v zadnjem letu. Tudi dijaki in študenti so bili zelo kritični do svojega zdravja, in sicer so svoje zdravstveno stanje ocenili kot zelo slabo, glede na to, da niso imeli večjih težav z zdravjem v zadnjem letu. Če primerjamo oceno zdravstvenega stanja med zaposlenimi in nezaposlenimi, vidimo da so zaposleni ocenili svoje zdravje veliko bolje, kot nezaposleni.

Preglednica 66: Starost in ocena zdravstvenega stanja

	zelo slabo	slabo	dobro	zelo dobro	odlično
18-29 let	3 osebe (15%)	0 oseb (0%)	9 oseb (45%)	3 osebe (15%)	5 oseb (25%)
30-39 let	1 oseba (8%)	0 oseb (0%)	3 osebe (23%)	2 osebi (15%)	7 oseb (54%)
40-49 let	3 osebe (27%)	0 oseb (0%)	5 oseb (46%)	0 oseb (0%)	3 osebe (27%)
50-59 let	5 oseb (21%)	3 osebe (13%)	9 oseb (37%)	3 osebe (13%)	4 osebe (16%)
60 in več	5 oseb (72%)	1 oseba (14%)	1 oseba (14%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Ocena zdravstvenega stanja gleda na starost je pokazala, da so svoje zdravstveno stanje najnižje ocenili tisti, ki imajo 60 let in več, medtem ko so v skupini od 30 do 39 let ocenili svoje zdravje, kot zelo dobro (Preglednica 66).

7.10. Ukvarjanje s športom

Gibanje in ukvarjanje s športom je zelo pomembno za preprečevanje bolezni. Gibanje in ukvarjanje s športom pa lahko preprečuje različne bolezni. Pogledali si bomo, ali se anketirani ukvarjajo s športom.

Preglednica 67: Ukvarjanje s športom glede na ekonomsko stanje

	DA	NE
300-500 €	8 oseb (24%)	25 oseb (76%)
501-700 €	5 oseb (29%)	12 oseb (71%)
701-800 €	14 oseb (93%)	1 oseba (7%)
800 € in več	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)

Preglednica 67 nam pove število in delež ukvarjanja s športom pri različnih ekonomskih skupinah. Kot vidimo, se anketiranci s slabšim ekonomskim stanjem zelo malo ukvarjajo s športom, za razliko od njih pa je ukvarjanje s športom bolj izrazito pri višjih ekonomskih razredih. Tisti, ki imajo nižje ekonomsko stanje, velikokrat opravljajo fizično delo, ki je utrujajoče in zahteva veliko fizične energije. Zato se ljudem iz te skupine zdi pogosto dodatna rekreacija nepotrebna.

Preglednica 68: Ukvarjanje s športom glede na izobrazbo

	DA	NE
OSNOVNA ŠOLA	3 osebe (19%)	13 oseb (81%)
POKLICNA ŠOLA	3 osebe (19%)	13 oseb (81%)
SREDNJA ŠOLA	15 oseb (54%)	13 oseb (46%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)

Gibanje oz. ukvarjanje s športom je značilno za visoko izobražene. Nižje izobraženi se manj rekreirajo in s tem imajo večjo verjetnost za nastanek srčno-žilnih bolezni (Preglednica 68).

Preglednica 69: Ukvarjanje s športom glede na spol

	MOŠKI	ŽENSKE
DA	21 oseb (68%)	15 oseb (34%)
NE	10 oseb (32%)	29 oseb (66%)

Preglednica 69 dokazuje, da se moška populacija anketiranih več rekreira, kot ženski del.

Preglednica 70: Ukvarjanje s športom glede na status

	DA	NE
dijak	3 osebe (60%)	2 osebi (40%)
študent	4 osebe (67%)	2 osebi (33%)
zaposlen	25 oseb (57%)	19 oseb (43%)
nezaposlen	1 oseba (11%)	8 oseb (89%)
upokojenec	3 osebe (27%)	8 oseb (73%)

Če pogledamo preglednico 70, vidimo, da se upokojenci in nezaposleni zelo malo rekreirajo, kar je zelo nenavadno glede na to, da imajo največ prostega časa. Največ pa se gibajo študenti, dijaki in zaposleni, ki kljub bolj zasedenemu urniku najdejo čas za dodatne aktivnosti.

Preglednica 71: Ukvarjanje s športom glede na starost

	DA	NE
18-29 let	11 oseb (55%)	9 oseb (45%)
30-39 let	10 oseb (77%)	3 osebe (23%)
40-49 let	6 oseb (55%)	5 oseb (45%)
50-59 let	9 oseb (38%)	15 oseb (62%)
60 in več	0 oseb (0%)	7 oseb (100%)

Kar je najbolj zaskrbljujoče, je podatek, da se izmed anketiranih, ki so v skupini od 60 let in več s športom ne ukvarja nihče. Sledi jim skupina od 50 do 59 let, ki ima tudi zelo majhen delež rekreativcev. Največ ljudi se ukvarja s športom v starostni skupini med 30 in 39 let (Preglednica 71).

7.11. Ukvarjanje s hobiji

Preglednica 72: Ekonomsko stanje in hobi

	DA	NE
300–500 €	5 oseb (15%)	28 oseb (85%)
501–700 €	4 osebe (24%)	13 oseb (76%)
701–800 €	10 oseb (67%)	5 oseb (33%)
800 € in več	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)

Ukvarjanje s hobiji je postala stalnica najvišjih ekonomskih skupin. Med zelo nizkimi ekonomskimi skupinami je zelo malo takih, ki imajo hobije. Glede na to, da smo ugotovili, da se tisti z nižjimi dohodki ne rekreirajo ter nimajo hobijev, je lahko to izraz njihovega notranjega počutja, nezadovoljstva in zaskrbljenosti (Preglednica 72).

Preglednica 73: Izobrazba in hobi

	DA	NE
OSNOVNA ŠOLA	1 oseba (6%)	15 oseb (94%)
POKLICNA ŠOLA	4 osebe (25%)	12 oseb (75%)
SREDNJA ŠOLA	11 oseb (39%)	17 oseb (61%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)
VS IN UNI	8 oseb (80%)	2 osebi (20%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)

Če pogledamo kdo se ukvarja več oz. sploh ne ukvarja s hobiji, vidimo da se anketiranci z osnovnošolsko izobrazbo manj ukvarjajo s hobiji, kar pa ne velja za visoko izobražene anketirance. Višja kot je izobraženost, večji je odstotek ukvarjanja s hobiji (Preglednica 73).

Preglednica 74: Spol in hobi

	MOŠKI	ŽENSKE
DA	17 oseb (55%)	11 oseb (25%)
NE	14 oseb (45%)	33 oseb (75%)

Če pogledamo, kateri se več ukvarjajo oz. sploh ne ukvarjajo s hobiji glede na spol, ugotovimo da se moški več ukvarjajo s hobiji, kot ženske (Preglednica 74).

Preglednica 75: Status in hobi

	DA	NE
dijak	2 osebi (40%)	3 osebe (60%)
študent	2 osebi (33%)	4 osebe (67%)
zaposlen	21 oseb (48%)	23 oseb (52%)
nezaposlen	2 osebi (22%)	7 oseb (78%)
upokojenec	1 oseba (9%)	10 oseb (91%)

Iz preglednice 75 je razvidno, da se s hobiji najmanj ukvarjajo upokojenci in nezaposleni. Čeprav imajo veliko prostega časa, se zelo malo ukvarjajo s hobiji. Sledijo jim študenti in dijaki. Največ zanimanja in posledično ukvarjanja s hobiji pa imajo zaposleni.

Preglednica 76: Starost in hobi

	DA	NE
18-29 let	8 oseb (40%)	12 oseb (60%)
30-39 let	7 oseb (54%)	6 oseb (46%)
40-49 let	5 oseb (45%)	6 oseb (55%)
50-59 let	8 oseb (33%)	16 oseb (67%)
60 in več	0 oseb (0%)	7 oseb (100%)

Kot je razvidno iz preglednice 76, se anketiranci s 60 let in več sploh ne ukvarjajo s hobiji. Sledijo jim anketiranci, ki so stari od 50 do 59 let. Največ pa se ukvarjajo s hobiji anketiranci, ki so stari od 30 do 39 let.

7.12. Kajenje med anketiranci

Kajenje sodi med najbolj znane dejavnike tveganja za nastanek številnih motenj in bolezni. Raba tobaka je dejavnik tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev. Povzroča bolezni srca in ožilja, maligne neoplazme, bolezni dihal in bolezni prebavil.

V tem podpoglavju si bomo pogledali, kolikšna je pojavnost kajenja med anketiranci.

Preglednica 77: Kajenje in ekonomsko stanje

	DA	NE
300-500 €	9 oseb (27%)	24 oseb (73%)
501-700 €	7 oseb (41%)	10 oseb (59%)
701-800 €	2 osebi (13%)	13 oseb (87%)
800 € in več	1 oseba (10%)	9 oseb (90%)

Anketa je pokazala, da so ljudje z dohodkom od 500 do 700 € na člana gospodinjstva najpogostejši uživalci tobaka, sledijo jim anketiranci iz skupine od 300 do 500 € na člana gospodinjstva. Takšnih, ki imajo višji dohodek, je med uživalci tobaka majhen odstotek. Iz vseh raziskanih dejavnikov lahko sklepamo, da je kajenje eden izmed posledic ekonomskih stresov (Preglednica 77).

Preglednica 78: Kajenje in izobrazba

	DA	NE
OSNOVNA ŠOLA	7 oseb (44%)	9 oseb (56%)
POKLICNA ŠOLA	5 oseb (31%)	11 oseb (69%)
SREDNJA ŠOLA	7 oseb (25%)	21 oseb (75%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)
VS IN UNI	0 oseb (0%)	10 oseb (100%)
MAG	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)
DR	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)

Zgornja preglednica prikazuje, da so manj izobraženi številčnejši kadilci. Lahko sklepamo, da je kajenje med manj izobraženimi posledica neznanja ali pa je posledica ekonomskih stresov. Že prej smo ugotovili, da so ljudje, ki so manj izobraženi, bistveno manj plačani za svoje delo.

Preglednica 79: Kajenje in spol

	MOŠKI	ŽENSKE
DA	7 oseb (23%)	12 oseb (27%)
NE	24 oseb (77%)	32 oseb (73%)

Preglednica 79 kaže, da je med ženskami več kadilk, kot kadilcev med moškimi.

Preglednica 80: Kajenje in status

	DA	NE
dijak	2 osebi (40%)	3 osebe (60%)
študent	1 oseba (17%)	5 oseb (83%)
zaposlen	9 oseb (20%)	35 oseb (80%)
nezaposlen	4 osebe (44%)	5 oseb (56%)
upokojenec	3 osebe (27%)	8 oseb (73%)

Med nezaposlenimi in dijaki je največ kadilcev. In sicer je med nezaposlenimi 44 % kadilcev in 56 % nekadilcev, medtem ko je med dijaki 40 % kadilcev in 60 % nekadilcev. Sklepamo, da nezaposleni svoje ekonomske strese blažijo s kajenjem. Med dijaki pa je kajenje razširjeno, ker jim to predstavlja atribut odraslosti (Preglednica 80).

Preglednica 81: Kajenje in starost

	DA	NE
18-29 let	4 osebe (20%)	16 oseb (80%)
30-39 let	2 osebi (15%)	11 oseb (85%)
40-49 let	5 oseb (45%)	6 oseb (55%)
50-59 let	5 oseb (21%)	19 oseb (79%)
60 in več	3 osebe (43%)	4 osebe (57%)

Med anketiranci, ki imajo 40-49 let in s 60 let in več je največ kadilcev. In sicer med tistimi, ki imajo od 40-49 let je 45 % kadilcev in 55 % nekadilcev, medtem ko je pri tistih, ki imajo 60 let in več 43 % kadilcev in 57 % nekadilcev (Preglednica 81).

7.13. Uživanje alkohola

Alkohol je za veliko ljudi sredstvo za sprostitev in odpravljanje težav. Splošno znano pa je, da se iz tega lahko razvije odvisnost. Sprva je značilna duševna odvisnost, ki pa lahko ob prekomernem uživanju preide v telesno odvisnost.

V nadaljevanju si bomo pogledali, ali ima ekonomsko stanje vpliv na pitje alkohola.

Preglednica 82: Uživanje alkohola glede na ekonomsko stanje

	VSAK DAN	1x NA TEDEN	OB PRILOŽNOSTIH	GA NE PIJEM	V DRUŽBI	PO KOSILU
300-500 €	1 oseba (3%)	3 osebe (9%)	7 oseb (21%)	15 oseb (46%)	6 oseb (18%)	1 oseba (3%)
501-700 €	2 osebi (12%)	1 oseba (6%)	8 oseb (47%)	2 osebi (12%)	4 osebe (23%)	0 oseb (0%)
701-800 €	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)	8 oseb (53%)	4 osebe (26%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)
801 € in več	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)	5 oseb (50%)	0 oseb (0%)	2 osebi (20%)	1 oseba (10%)

Preglednica 82 prikazuje povezavo med ekonomskim stanjem in uživanjem alkohola. Če pogledamo anketirance, ki se uvrščajo v skupino od 300-500 € na člana gospodinjstva,

vidimo, da je med njimi 46 % anketirancev, ki ne pijejo alkohola, 21 % pijejo ob priložnostih, 18 % v družbi, 9 % enkrat na teden, vsak dan 3 %, po kosilu 3 %. Če pa pogledamo v skupino, ki ima dohodek od 801 € in več na člana gospodinjstva vidimo, da ob priložnosti pije alkohol 50 %, v družbi 20 %, po kosilu 10 %, vsak dan 10 % in enkrat na teden 10 %.

Preglednica 83: Uživanje alkohola glede na izobrazbo

	vsak dan	1x na teden	ob priložnostih	NE PIJEM ALKOHOLA	v družbi	po kosilu
OSNOVNA ŠOLA	1 oseba (6%)	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	6 oseb (38%)	4 osebe (25%)	1 oseba (6%)
POKLICNA ŠOLA	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	3 osebe (19%)	7 oseb (44%)	2 osebi (12%)	0 oseb (0%)
SREDNJA ŠOLA	3 osebe (10%)	1 oseba (4%)	13 oseb (46%)	6 oseb (21%)	5 oseb (19%)	0 oseb (0%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	7 oseb (70%)	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)
MAG	0 oseb (0%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)

Med srednje izobraženimi je največ takšnih, ki uživajo alkohol ob priložnostih (46 %). Če primerjamo z visokošolsko in univerzitetno izobraženimi, vidimo da je največ takšnih, ki pijejo alkohol ob priložnostih (kar 70 %), medtem ko je tistih, ki ne pijejo alkohola le 10 %. V skupini anketiranih s poklicno in pri skupini anketiranih z osnovno šolo je največ tistih, ki ne uživajo alkohola (Preglednica 83).

Preglednica 84: Uživanje alkohola in spol

	MOŠKI	ŽENSKE
vsak dan	3 osebe (10%)	2 osebi (5%)
1x na teden	6 oseb (19%)	0 oseb (0%)
ob priložnostih	11 oseb (35%)	17 oseb (38%)
ne pijem alkohola	4 osebe (13%)	17 oseb (38%)
v družbi	7 oseb (23%)	6 oseb (14%)
po kosilu	0 oseb (0%)	2 osebi (5%)
po hrani	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Moški so pogostejši uživalci alkohola, kot ženske. Veliko več moških uživa alkohol vsak dan in enkrat na teden. Veliko več žensk pa sploh ne pije alkohola (Preglednica 84).

Preglednica 85: Uživanje alkohola glede na status

	vsak dan	1x na teden	ob priložnostih	ne pijem alkohola	v družbi	po kosilu
dijak	0 oseb (0%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)	0 oseb (0%)
študent	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (33,33%)	2 osebi (33,33%)	2 osebi (33,33%)	0 oseb (0%)
zaposlen	3 osebe (7%)	4 osebe (9%)	19 oseb (43%)	10 oseb (23%)	7 oseb (16%)	1 oseba (2%)
nezaposlen	1 oseba (11,11%)	1 oseba (11,11%)	3 osebe (33,33%)	3 osebe (33,33%)	1 oseba (11,11%)	0 oseb (0%)
upokojenec	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)	3 osebe (27%)	5 oseb (46%)	1 oseba (9%)	1 oseba (9%)

Med dijaki je najvišji delež tistih, ki pijejo alkohol v družbi, medtem ko je takšnih, ki ne pijejo alkohola le 20 %. Če to primerjamo z upokojenci, vidimo da je najvišji odstotek upokojencev, ki ne pije alkohola (46 %) in takšnih, ki pijejo alkohol ob priložnostih (27 %).

Preglednica 86: Uživanje alkohola glede na starost

	vsak dan	1x na teden	ob priložnostih	ne pijem alkohola	v družbi	po kosilu
18-29 let	0 oseb (0%)	2 osebi (10%)	8 oseb (40%)	4 osebe (20%)	6 oseb (30%)	0 oseb (0%)
30-39 let	1 oseba (8%)	3 osebe (23%)	5 oseb (38%)	2 osebi (15,5%)	2 osebi (15,5%)	0 oseb (0%)
40-49 let	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	6 oseb (55%)	5 oseb (45%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
50-59 let	3 osebe (13%)	1 oseba (4%)	8 oseb (33%)	7 oseb (29%)	4 osebe (17%)	1 oseba (4%)
60 in več	1 oseba (14,5%)	0 oseb (0%)	1 oseba (14,5%)	3 osebe (42%)	1 oseba (14,5%)	1 oseba (14,5%)

Med anketiranci, ki so stari od 18 do 29 let je največ tistih, ki pijejo alkohol v družbi in ob priložnostih, če pa pogledamo med najstarejše anketirance, vidimo da je največ takšnih, ki ne pijejo alkohola (42 %).

7.14. Razvade

V preglednici 87 je prikazana primerjava ekonomskega stanja z uživanjem razvad. Prikazano je, kako pogosto anketiranci uživajo mastno hrano, sladkarije, meso, tobak, kavo in kako pogosto se prenaledajo.

Preglednica 87: Razvade in ekonomsko stanje

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
300 - 500 €			
uživam veliko mastne hrane	6 oseb (18%)	14 oseb (42%)	13 oseb (40%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (9%)	15 oseb (45,5%)	15 oseb (45,5%)
jem zelo veliko mesa	6 oseb (18%)	16 oseb (49%)	11 oseb (33%)
pijem veliko alkohola	23 oseb (70%)	9 oseb (27%)	1 oseba (3%)
rad se prenaledam	14 oseb (42,5%)	8 oseb (24,5%)	11 oseb (33%)
preveč kadim	25 oseb (76%)	1 oseba (3%)	7 oseb (21%)
preveč prijem kave	8 oseb (24,5%)	8 oseb (24,5%)	17 oseb (51%)

501 - 700 €			
uživam veliko mastne hrane	4 osebe (24%)	7 oseb (41%)	6 oseb (35%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (18%)	8 oseb (47%)	6 oseb (35%)
jem zelo veliko mesa	2 osebi (12%)	8 oseb (47%)	7 oseb (41%)
pijem veliko alkohola	8 oseb (47%)	7 oseb (41%)	2 osebi (12%)
rad se prenaždam	7 oseb (41%)	6 oseb (35%)	4 osebe (24%)
preveč kadim	10 oseb (59%)	1 oseba (6%)	6 oseb (35%)
preveč prijem kave	3 osebe (18%)	6 oseb (35%)	8 oseb (47%)
701-800 €			
uživam veliko mastne hrane	12 oseb (80%)	3 osebe (20%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	12 oseb (80%)	3 osebe (20%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	12 oseb (80%)	3 osebe (20%)	0 oseb (0%)
pijem veliko alkohola	13 oseb (86%)	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)
rad se prenaždam	14 oseb (93%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	13 oseb (86%)	1 oseba (7%)	1 oseba (7%)
preveč prijem kave	5 oseb (33%)	7 oseb (47%)	3 osebe (20%)
800 € in več			
uživam veliko mastne hrane	8 oseb (80%)	2 osebi (20%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	7 oseb (70%)	2 osebi (20%)	1 oseba (10%)
pijem veliko alkohola	7 oseb (70%)	3 osebe (30%)	0 oseb (0%)
rad se prenaždam	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	7 oseb (70%)	3 osebe (30%)	0 oseb (0%)

Če pogledamo, katera ekonomska skupina je najbolj izpostavljena razvadam, vidimo, da je to skupina z najnižjim dohodkom (od 300 do 500 € na člana gospodinjstva), ki so najpogostejši uživalci mastne hrane, sladkarij, kave in najbolj pogosto se prenaždajo. V skupini od 500 do 700 € so napogosteši uživalci mesa, alkohola in tobaka. Skupina od 700 do 800 € na člana gospodinjstva pa so le večji uživalci kave. Pri skupini od 800 € in več so le pogostejši uživalci alkohola in mesa.

Preglednica 88: Razvade in izobrazba

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
OSNOVNA ŠOLA			
uživam veliko mastne hrane	2 osebi (12,5%)	6 oseb (37,5%)	8 oseb (50%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (19%)	5 oseb (31%)	8 oseb (50%)
jem zelo veliko mesa	4 osebe (25%)	6 oseb (37,5%)	6 oseb (37,5%)
pijem veliko alkohola	11 oseb (69%)	4 osebe (25%)	1 oseba (6%)
rad se prenaždam	4 osebe (25%)	3 osebe (19%)	9 oseb (56%)
preveč kadim	9 oseb (56,5%)	1 oseba (6%)	6 oseb (37,5%)
preveč prijem kave	5 oseb (31%)	2 osebi (12,5%)	9 oseb (56,5%)
POKLICNA ŠOLA			
uživam veliko mastne hrane	5 oseb (31%)	2 osebi (13%)	9 oseb (56%)
uživam zelo veliko sladkarij	2 osebi (13%)	6 oseb (37%)	8 oseb (50%)
jem zelo veliko mesa	2 osebi (13%)	7 oseb (43,5%)	7 oseb (43,5%)
pijem veliko alkohola	11 oseb (69%)	4 osebe (25%)	1 oseba (6%)
rad se prenaždam	6 oseb (38%)	5 oseb (31%)	5 oseb (31%)
preveč kadim	11 oseb (69%)	0 oseb (0%)	5 oseb (31%)
preveč prijem kave	1 oseba (6%)	3 osebe (19%)	12 oseb (75%)
SREDNJA ŠOLA			
uživam veliko mastne hrane	10 oseb (36%)	16 oseb (57%)	2 osebi (7%)
uživam zelo veliko sladkarij	8 oseb (29%)	15 oseb (54%)	5 oseb (17%)
jem zelo veliko mesa	8 oseb (29%)	14 oseb (50%)	6 oseb (21%)
pijem veliko alkohola	16 oseb (57%)	10 oseb (36%)	2 osebi (7%)
rad se prenaždam	19 oseb (68%)	8 oseb (29%)	1 oseba (3%)
preveč kadim	22 oseb (78%)	3 osebe (11%)	3 osebe (11%)
preveč prijem kave	9 oseb (32%)	13 oseb (47%)	6 oseb (21%)
VIŠJA ŠOLA			
uživam veliko mastne hrane	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
pijem veliko alkohola	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
rad se prenaždam	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI			
uživam veliko mastne hrane	8 oseb (80%)	2 osebi (20%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	8 oseb (80%)	2 osebi (20%)	0 oseb (0%)
pijem veliko alkohola	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
rad se prenaždam	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	4 osebe (40%)	5 oseb (50%)	1 oseba (10%)
MAGISTERIJ			
uživam veliko mastne hrane	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
pijem veliko alkohola	1 oseba (50%)	1 oseba (50%)	0 oseb (0%)

rad se prenažjedam	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DOKTORAT			
uživam veliko mastne hrane	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
pijem veliko alkohola	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
rad se prenažjedam	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Anketiranci z osnovno in poklicno šolo so najbolj izpostavljeni razvadam. Najbolj pogosto uživajo meso, sladkarije, kadijo, se prenažjedajo in pijejo preveč kave. Če pogledamo pitje alkohola, vidimo, da so tudi visoko izobraženi izpostavljeni pitju alkohola. Kar polovica magistrrov občasno uživa veliko alkohola. Če primerjamo osnovno in srednjo šolo, vidimo, da je veliko več anketirancev, ki pijejo alkohol s srednješolsko izobrazbo. Torej je pitje alkohola značilno tudi za srednje in višje izobražene (Preglednica 88).

Preglednica 89: Razvade in spol

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
MOŠKI			
uživam veliko mastne hrane	12 oseb (39%)	12 oseb (39%)	7 oseb (22%)
uživam zelo veliko sladkarij	14 oseb (45%)	10 oseb (32%)	7 oseb (23%)
jem zelo veliko mesa	11 oseb (35,5%)	11 oseb (35,5%)	9 oseb (29%)
pijem veliko alkohola	19 oseb (62%)	10 oseb (32%)	2 osebi (6%)
rad se prenažjedam	22 oseb (71%)	6 oseb (19,5%)	3 osebe (9,5%)
preveč kadim	24 oseb (77,5%)	1 oseba (3%)	6 oseb (19,5%)
preveč prijem kave	11 oseb (36%)	10 oseb (32%)	10 oseb (32%)
ŽENSKE			
uživam veliko mastne hrane	18 oseb (41%)	14 oseb (32%)	12 oseb (27%)
uživam zelo veliko sladkarij	14 oseb (32%)	16 oseb (36%)	14 oseb (32%)
jem zelo veliko mesa	16 oseb (36%)	18 oseb (41%)	10 oseb (23%)
pijem veliko alkohola	32 oseb (73%)	10 oseb (23%)	2 osebi (4%)
rad se prenažjedam	22 oseb (50%)	10 oseb (23%)	12 oseb (27%)
preveč kadim	33 oseb (75%)	3 osebe (7%)	8 oseb (18%)
preveč prijem kave	12 oseb (27%)	14 oseb (32%)	18 oseb (41%)

Če pogledamo, kateri spol je bolj izpostavljen razvadam, vidimo, da so moški večji uživalci alkohola, medtem ko ženske uživajo več sladkarij in kave. Moški se radi prenaledajo in za razliko od žensk jih za minimalen odstotek več prekomerno kadi (Preglednica 89).

Preglednica 90: Razvade in status

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
DIJAKI			
uživam veliko mastne hrane	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)
uživam zelo veliko sladkarij	0 oseb (0%)	3 osebe (60%)	2 osebi (40%)
jem zelo veliko mesa	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)
pijem veliko alkohola	1 oseba (20%)	4 osebe (80%)	0 oseb (0%)
rad se prenaledam	3 osebe (60%)	2 osebi (40%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	3 osebe (60%)	0 oseb (0%)	2 osebi (40%)
preveč prijem kave	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)
ŠTUDENTI			
uživam veliko mastne hrane	3 osebe (50%)	3 osebe (50%)	0 oseb (0%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (50%)	3 osebe (50%)	0 oseb (0%)
jem zelo veliko mesa	2 osebi (33%)	3 osebe (50%)	1 oseba (17%)
pijem veliko alkohola	4 osebe (67%)	2 osebi (33%)	0 oseb (0%)
rad se prenaledam	5 oseb (83%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	5 oseb (83%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)
preveč prijem kave	2 osebi (33%)	3 osebe (50%)	1 oseba (17%)
UPOKOJENCI			
uživam veliko mastne hrane	2 osebi (18%)	2 osebi (18%)	7 oseb (64%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (27%)	2 osebi (18%)	6 oseb (55%)
jem zelo veliko mesa	3 osebe (27%)	4 osebe (36,5%)	4 osebe (36,5%)
pijem veliko alkohola	8 oseb (73%)	2 osebi (18%)	1 oseba (9%)
rad se prenaledam	3 osebe (27%)	3 osebe (27%)	5 oseb (46%)
preveč kadim	8 oseb (73%)	1 oseba (9%)	2 osebi (18%)
preveč prijem kave	2 osebi (18%)	3 osebe (27%)	6 oseb (55%)
ZAPOSLENI			
uživam veliko mastne hrane	22 oseb (50%)	17 oseb (39%)	5 oseb (11%)
uživam zelo veliko sladkarij	22 oseb (50%)	17 oseb (39%)	5 oseb (11%)
jem zelo veliko mesa	20 oseb (45%)	17 oseb (39%)	7 oseb (16%)
pijem veliko alkohola	33 oseb (75%)	9 oseb (20%)	2 osebi (5%)
rad se prenaledam	32 oseb (72%)	8 oseb (18%)	4 osebe (10%)
preveč kadim	36 oseb (82%)	2 osebi (5%)	6 oseb (13%)
preveč prijem kave	17 oseb (39%)	14 oseb (32%)	13 oseb (29%)
NEZAPOSLENI			
uživam veliko mastne hrane	2 osebi (22%)	2 osebi (22%)	5 oseb (56%)
uživam zelo veliko sladkarij	0 oseb (0%)	1 oseba (11%)	8 oseb (89%)
jem zelo veliko mesa	1 oseba (11%)	3 osebe (33%)	5 oseb (56%)

pijem veliko alkohola	5 oseb (56%)	3 osebe (33%)	1 oseba (11%)
rad se prenajedam	1 oseba (11%)	2 osebi (22%)	6 oseb (67%)
preveč kadim	5 oseb (56%)	0 oseb (0%)	4 osebe (44%)
preveč prijem kave	1 oseba (11%)	2 osebi (22%)	6 oseb (67%)

Če pogledamo, koliko dijaki posegajo po razvadah, vidimo, da veliko dijakov je mastno hrano, zelo veliko uživajao sladkarije, pojejo veliko mesa, preveč kadijo in preveč pijejo kavo. Študenti so sicer bolj dovzetni za zdrav način življenja, vendar vseeno pojejo preveč mesa, mastne hrane, sladkarij in preveč pijejo kavo. Upokojenci in nezaposleni najbolj prakticirajo nezdrav življenjski slog. Kot smo ugotovili v raziskavi, je veliko upokojencev in nezaposlenih zaskrbljenih in razvade jim predstavljajo tolažbo za zaskrbljenost. Sklepamo, da zaskrbljenost izvira iz prenizkega ekonomskega statusa. Da bi zaskrbljenost omilili, posegajo po maščobno-sladkobnih dietah, kadijo in pijejo alkohol (Preglednica 90).

Preglednica 91: Razvade in starost

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
18-29 let			
uživam veliko mastne hrane	9 oseb (45%)	9 oseb (45%)	2 osebi (10%)
uživam zelo veliko sladkarij	7 oseb (35%)	10 oseb (50%)	3 osebe (15%)
jem zelo veliko mesa	5 oseb (25%)	11 oseb (55%)	4 osebe (20%)
pijem veliko alkohola	10 oseb (50%)	10 oseb (50%)	0 oseb (0%)
rad se prenajedam	15 oseb (75%)	5 oseb (25%)	0 oseb (0%)
preveč kadim	17 osebe (85%)	1 oseba (5%)	2 osebi (10%)
preveč prijem kave	7 oseba (35%)	9 oseb (45%)	4 osebe (20%)
30-39 let			
uživam veliko mastne hrane	8 oseb (62%)	4 osebe (31%)	1 oseba (7%)
uživam zelo veliko sladkarij	7 oseb (54%)	5 oseb (39%)	1 oseba (7%)
jem zelo veliko mesa	6 oseb (46%)	5 oseb (39%)	2 osebi (15%)
pijem veliko alkohola	7 oseb (54%)	5 oseb (39%)	1 oseba (7%)
rad se prenajedam	9 oseb (70%)	3 osebe (23%)	1 oseba (7%)
preveč kadim	11 oseb (85%)	0 oseb (0%)	2 osebi (15%)
preveč prijem kave	4 osebe (31%)	6 oseb (46%)	3 osebe (23%)
40-49 let			
uživam veliko mastne hrane	5 oseb (46%)	3 osebe (27%)	3 osebe (27%)
uživam zelo veliko sladkarij	3 osebe (27%)	4 osebe (36,5%)	4 osebe (36,5%)
jem zelo veliko mesa	6 oseb (54,5%)	2 osebi (18,5%)	3 osebe (27%)
pijem veliko alkohola	10 oseb (91%)	1 oseba (9%)	0 oseb (0%)
rad se prenajedam	6 oseb (54,5%)	2 osebi (18,5%)	3 osebe (27%)
preveč kadim	6 oseb (54,5%)	1 oseba (9%)	4 osebe (36,5%)
preveč prijem kave	3 osebe (27%)	2 osebi (18,5%)	6 oseb (54,5%)
50-59 let			
uživam veliko mastne hrane	8 oseb (33,5%)	8 oseb (33,5%)	8 oseb (33,5%)

uživam zelo veliko sladkarij	10 oseb (42%)	5 oseb (21%)	9 oseb (37%)
jem zelo veliko mesa	10 oseb (42%)	7 oseb (29%)	7 oseb (29%)
pijem veliko alkohola	20 oseb (83%)	2 osebi (8,5%)	2 osebi (8,5%)
rad se prenajedam	12 oseb (50%)	4 osebe (16,5%)	8 oseb (33,5%)
preveč kadim	19 oseb (79%)	1 oseba (4%)	4 osebe (17%)
preveč prijem kave	8 oseb (33,5%)	6 oseb (25%)	10 oseb (41,5%)
60 let in več			
uživam veliko mastne hrane	0 oseb (0%)	2 osebi (28,5%)	5 oseb (71,5%)
uživam zelo veliko sladkarij	1 oseba (14,5%)	2 osebi (28,5%)	4 osebe (57%)
jem zelo veliko mesa	0 oseb (0%)	4 osebe (57%)	3 osebe (43%)
pijem veliko alkohola	4 osebe (57%)	2 osebi (28,5%)	1 oseba (14,5%)
rad se prenajedam	2 osebi (28,5%)	2 osebi (28,5%)	3 osebe (43%)
preveč kadim	4 osebe (57%)	1 oseba (14,5%)	2 osebi (28,5%)
preveč prijem kave	1 oseba (14,5%)	1 oseba (14,5%)	5 oseb (71%)

Preglednica 91 prikazuje, katera starostna skupina je najbolj izpostavljena škodljivim razvadam. Če pogledamo preglednico, vidimo, da so v vseh starostnih skupinah izpostavljeni številnim razvadam, vendar med njimi izstopajo starejši od 50t let. To bi lahko povezali s tem, da je zaskrbljenost najvišja od 50 leta naprej, in da je ekonomsko stanje najnižje pri anketirancih, ki so starejši od 50 let. Lahko sklepamo, da je zaskrbljenost vzrok nizkega ekonomskega stanja, medtem ko so škodljive razvade tolažba za ekonomske strese.

7.15. Zdrava prehrana

Prehrana in zdravje sta tesno povezana. S prehranjevanjem lahko zdravje varujemo in hkrati preprečujemo zvišan krvni tlak, zvišan holesterol in zvišan sladkor v krvi ter debelost, ki so dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni, predvsem srčno-žilne bolezni, rakave bolezni, sladkorne bolezni tipa II in druge.

V tem podpoglavju si bomo pogledali, kolikokrat na teden anketiranci zaužijejo posamezno vrsto hrane.

Preglednica 92: Zdrava prehrana in ekonomsko stanje

	REDNO (5 - 7x)	OBČASNO (2 – 4x)	ZELO REDKO (0 – 1x)
300-500€			
ŽITARICE	12 oseb (36,5%)	9 oseb (27%)	12 oseb (36,5%)
ZELENJAVA	16 oseb (48,5%)	12 oseb (36,5%)	5 oseb (15%)
SADJE	22 oseb (67%)	9 oseb (27%)	2 osebi (6%)
MESO	19 oseb (57,5%)	12 oseb (36,5%)	2 osebi (6%)
RIBE	7 oseb (21%)	20 oseb (61%)	6 oseb (18%)
MLEKO	15 oseb (45,5%)	11 oseb (33,5%)	7 oseb (21%)
JAJCA	14 oseb (42,5%)	15 oseb (45,5%)	4 osebe (12%)
501-700€			
ŽITARICE	8 oseb (47%)	5 oseb (29,5%)	4 osebe (23,5%)
ZELENJAVA	6 oseb (35,5%)	7 oseb (41%)	4 osebe (23,5%)
SADJE	8 oseb (47%)	5 oseb (29,5%)	4 osebe (23,5%)
MESO	10 oseb (58,5%)	6 oseb (35,5%)	1 oseba (6%)
RIBE	3 osebe (18%)	10 oseb (58,5%)	4 osebe (23,5%)
MLEKO	8 oseb (47%)	6 oseb (35,5%)	3 osebe (17,5%)
JAJCA	7 oseb (41%)	8 oseb (47%)	2 osebi (12%)
701-800€			
ŽITARICE	12 oseb (80%)	2 osebi (13%)	1 oseba (7%)
ZELENJAVA	14 oseb (93%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)
SADJE	14 oseb (93%)	1 oseba (7%)	0 oseb (0%)
MESO	7 oseb (46,5%)	8 oseb (53,5%)	0 oseb (0%)
RIBE	5 oseb (33,5%)	7 oseb (46,5%)	3 osebe (20%)
MLEKO	11 oseb (73%)	3 osebe (20%)	1 oseba (7%)
JAJCA	7 oseb (46,5%)	7 oseb (46,5%)	1 oseba (7%)
800€ in več			
ŽITARICE	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
ZELENJAVA	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
SADJE	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
MESO	3 osebe (30%)	7 oseb (70%)	0 oseb (0%)
RIBE	2 osebi (20%)	8 oseb (80%)	0 oseb (0%)
MLEKO	8 oseb (80%)	1 oseba (10%)	1 oseba (10%)
JAJCA	1 oseba (10%)	6 oseb (60%)	3 osebe (30%)

Preglednica 92 prikazuje prehranjevanje med anketiranci. Anketiranci z nižjimi dohodki se nepravilno prehranjujejo, pojedjo bistveno manj žitaric, zelenjave, sadja in mleka. Pojedjo zelo veliko mesa in jajc. Za razliko od slednjih pa se anketiranci z visokimi dohodki pravilno prehranjujejo. Kot smo ugotovili v raziskavi, je največ težav z zvišanim tlakom, prebavo in z zvišanim sladkorjem pri tistih z najnižjim dohodkom. Nepravilno prehranjevanje je zagotovo eden od vzrokov za nastanek teh težav.

Preglednica 93: Zdrava prehrana in izobrazba

	REDNO (5 - 7x)	OBČASNO (2 - 4x)	ZELO REDKO (0 - 1x)
OSNOVNA ŠOLA			
žitarice	4 osebe (25%)	6 oseb (37,5%)	6 oseb (37,5%)
zelenjavo	8 oseb (50%)	6 oseb (37,5%)	2 osebi (12,5%)
sadje	13 oseb (81%)	3 osebe (19%)	0 oseb (0%)
meso	9 oseb (56,5%)	6 oseb (37,5%)	1 oseba (6%)
ribe	2 osebi (12,5%)	12 oseb (75%)	2 osebi (12,5%)
mleko	7 oseb (44%)	5 oseb (31%)	4 osebe (25%)
jajca	8 oseb (50%)	6 oseb (37,5%)	2 osebi (12,5%)
POKLICNA ŠOLA			
žitarice	7 oseb (44%)	5 oseb (31%)	4 osebe (25%)
zelenjavo	6 oseb (38%)	5 oseb (31%)	5 oseb (31%)
sadje	5 oseb (31%)	6 oseb (38%)	5 oseb (31%)
meso	8 oseb (50%)	7 oseb (44%)	1 oseba (6%)
ribe	3 osebe (19%)	8 oseb (50%)	5 oseb (31%)
mleko	7 oseb (44%)	7 oseb (44%)	2 osebi (12%)
jajca	7 oseb (44%)	9 oseb (56%)	0 oseb (0%)
SREDNJA ŠOLA			
žitarice	17 oseb (61%)	4 osebe (14%)	7 oseb (25%)
zelenjavo	17 oseb (61%)	9 oseb (32%)	2 osebi (7%)
sadje	20 oseb (71,5%)	7 oseb (25%)	1 oseba (3,5%)
meso	19 oseb (68%)	8 oseb (28,5%)	1 oseba (3,5%)
ribe	8 oseb (28,5%)	15 oseb (53,5%)	5 oseb (18%)
mleko	17 oseb (61%)	7 oseb (25%)	4 osebe (14%)
jajca	12 oseb (43%)	9 oseb (32%)	7 oseb (25%)
VIŠJA ŠOLA			
žitarice	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zelenjavo	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
sadje	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
meso	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
ribe	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
mleko	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jajca	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI			
žitarice	9 oseb (90%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
zelenjavo	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
sadje	10 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
meso	3 osebe (30%)	7 oseb (70%)	0 oseb (0%)
ribe	4 osebe (40%)	5 oseb (50%)	1 oseba (10%)
mleko	6 oseb (60%)	2 osebi (20%)	2 osebi (20%)
jajca	2 osebi (20%)	7 oseb (70%)	1 oseba (10%)
MAGISTER			
žitarice	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zelenjavo	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
sadje	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
meso	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)

ribe	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
mleko	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jajca	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
DOKTORAT			
žitarice	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
zelenjavo	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
sadje	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
meso	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
ribe	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)
mleko	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
jajca	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)

Med osnovno in poklicno izobraženimi je največ tistih, ki se nepravilno prehranjujejo. Lahko bi rekli, da je to vzrok neznanja ali pa je to način prehranjevanja med nižje izobraženimi. Ker so med nižje izobraženimi večinoma fizični delavci, jim meso in mastna hrana predstavlja vir moči in energije. Če to povežemo s tem, da se zelo malo gibajo, dobimo sklop nepravilnih ravnanj z zdravjem. Kot smo ugotovili, so posledice teh ravnanj z zdravjem bolezni (Preglednica 93).

Preglednica 94: Zdrava prehrana in spol

	REDNO (5 - 7x)	OBČASNO (2 - 4x)	ZELO REDKO (0 - 1x)
MOŠKI			
žitarice	19 oseb (61%)	6 oseb (19,5%)	6 oseb (19,5%)
zelenjavo	22 oseb (71%)	6 oseb (19,5%)	3 osebe (9,5%)
sadje	24 oseb (77,5%)	5 oseb (16%)	2 osebi (6,5%)
meso	18 oseb (58%)	13 oseb (42%)	0 oseb (0%)
ribe	8 oseb (26%)	19 oseb (61%)	4 osebe (13%)
mleko	20 oseb (64,5%)	6 oseb (19,5%)	5 oseb (16%)
jajca	11 oseb (35,5%)	17 oseb (55%)	3 osebe (9,5%)
ŽENSKE			
žitarice	23 oseb (52%)	10 oseb (23%)	11 oseb (25%)
zelenjavo	24 oseb (54,5%)	14 oseb (32%)	6 oseb (13,5%)
sadje	29 oseb (66%)	11 oseb (25%)	4 osebe (9%)
meso	21 oseb (48%)	20 oseb (45%)	3 osebe (7%)
ribe	9 oseb (20,5%)	26 oseb (59%)	9 oseb (20,5%)
mleko	22 oseb (50%)	15 oseb (34%)	7 oseb (16%)
jajca	18 oseb (41%)	19 oseb (43%)	7 oseb (16%)

Če primerjamo prehranjevanje med spoloma, vidimo, da se ženske prehranjujejo bolj nepravilno, kot moški (Preglednica 94).

Preglednica 95: Zdrava prehrana in status

	REDNO (5 - 7x)	OBČASNO (2 – 4x)	ZELO REDKO (0 – 1x)
DIJAKI			
žitarice	0 oseb (0%)	2 osebi (40%)	3 osebe (60%)
zelenjavo	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)
sadje	3 osebe (60%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)
meso	3 osebe (60%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)
ribe	1 oseba (20%)	3 osebe (60%)	1 oseba (20%)
mleko	2 osebi (40%)	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)
jajca	1 oseba (20%)	3 osebe (60%)	1 oseba (20%)
ŠTUDENTI			
žitarice	5 oseb (83%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)
zelenjavo	4 osebe (67%)	2 osebi (33%)	0 oseb (0%)
sadje	5 oseb (83%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)
meso	2 osebi (33%)	3 osebe (50%)	1 oseba (17%)
ribe	1 oseba (17%)	3 osebe (50%)	2 osebi (33%)
mleko	3 osebe (50%)	2 osebi (33%)	1 oseba (17%)
jajca	1 oseba (17%)	4 osebe (66%)	1 oseba (17%)
ZAPOSLENI			
žitarice	29 oseb (66%)	8 oseb (18%)	7 oseb (16%)
zelenjavo	33 oseb (75%)	9 oseb (20,5%)	2 osebi (4,5%)
sadje	34 oseb (77,5%)	8 oseb (18%)	2 osebi (4,5%)
meso	23 oseb (52%)	21 oseb (48%)	0 oseb (0%)
ribe	11 oseb (25%)	25 oseb (57%)	8 oseb (18%)
mleko	26 oseb (59%)	12 oseb (27%)	6 oseb (14%)
jajca	15 oseb (34%)	25 oseb (57%)	4 osebe (9%)
NEZAPOSLENI			
žitarice	4 osebe (44,5%)	2 osebi (22%)	3 osebe (33,5%)
zelenjavo	3 osebe (33,5%)	4 osebe (44,5%)	2 osebi (22%)
sadje	6 oseb (67%)	2 osebi (22%)	1 oseba (11%)
meso	7 oseb (78%)	1 oseba (11%)	1 oseba (11%)
ribe	3 osebe (33,5%)	5 oseb (55,5%)	1 oseba (11%)
mleko	7 oseb (78%)	1 oseba (11%)	1 oseba (11%)
jajca	6 oseb (67%)	0 oseb (0%)	3 osebe (33%)
UPOKOJENECI			
žitarice	4 osebe (36,5%)	3 osebe (27%)	4 osebe (36,5%)
zelenjavo	5 oseb (46%)	3 osebe (27%)	3 osebe (27%)
sadje	5 oseb (46%)	4 osebe (36,5%)	2 osebi (17,5%)

meso	4 osebe (36,5%)	7 oseb (63,5%)	0 oseb (0%)
ribe	1 oseba (9%)	9 oseb (82%)	1 oseba (9%)
mleko	4 osebe (36,5%)	5 oseb (46%)	2 osebi (17,5%)
jajca	6 oseb (54,5%)	4 osebe (36,5%)	1 oseba (9%)

Izmed vseh se najbolj nezdravo prehranjujejo dijaki. Ne jejo žitaric, premalo jedo zelenjave, sadja, mesa in pijejo premalo mleko. Med študenti je prisoten večji odstotek uživalcev zdrave prehrane. Če primerjamo zaposlene in nezaposlene, vidimo, da se zaposleni bolj zdravo prehranjujejo. Med nezaposlenimi je zelo malo uživalcev žitaric, sadja, zelenjave, medtem ko je veliko uživalcev mesa in jajc. Upokojenci uživajo zelo malo sadja, zelenjave in žitaric (Preglednica 95).

Preglednica 96: Zdrava prehrana in starost

	REDNO (5 - 7x)	OBČASNO (2 - 4x)	ZELO REDKO (0 - 1x)
18-29 let			
žitarice	11 oseb (55%)	3 osebe (15%)	6 oseb (30%)
zelenjavo	10 oseb (50%)	8 oseb (40%)	2 osebi (10%)
sadje	14 oseb (70%)	5 oseb (25%)	1 oseba (5%)
meso	13 oseb (65%)	5 oseb (25%)	2 osebi (10%)
ribe	6 oseb (30%)	9 oseb (45%)	5 oseb (25%)
mleko	10 oseb (50%)	6 oseb (30%)	4 oseb (20%)
jajca	5 oseb (25%)	11 oseb (55%)	4 oseb (20%)
30-39 let			
žitarice	8 oseb (61%)	4 oseb (31%)	1 oseba (8%)
zelenjavo	9 oseb (69%)	3 osebi (23%)	1 oseba (8%)
sadje	9 oseb (69%)	3 osebi (23%)	1 oseba (8%)
meso	8 oseb (61%)	5 oseb (39%)	0 oseb (0%)
ribe	4 osebe (31%)	7 oseb (54%)	2 osebi (15%)
mleko	9 oseb (69%)	3 osebe (23%)	1 oseba (8%)
jajca	7 oseb (54%)	4 osebe (31%)	2 osebi (15%)
40-49 let			
žitarice	5 oseb (46%)	3 osebe (27%)	3 osebe (27%)
zelenjavo	6 oseb (54%)	3 osebe (27%)	2 osebi (19%)
sadje	8 oseb (73%)	2 osebi (19%)	1 oseba (8%)
meso	5 oseb (46%)	6 oseb (54%)	0 oseb (0%)
ribe	2 osebi (19%)	6 oseb (54%)	3 osebe (27%)
mleko	7 oseb (65%)	3 osebe (27%)	1 oseba (8%)
jajca	3 osebe (27%)	8 oseb (73%)	0 oseb (0%)
50-59 let			

žitarice	16 oseb (67%)	4 osebe (16,5%)	4 osebe (16,5%)
zelenjavo	18 oseb (75%)	4 osebe (16,5%)	2 osebi (8,5%)
sadje	19 oseb (79%)	4 osebe (16,5%)	1 oseba (4,5%)
meso	9 oseb (37,5%)	14 oseb (58%)	1 oseba (4,5%)
ribe	4 osebe (16,5%)	18 oseb (75%)	2 osebi (8,5%)
mleko	14 oseb (58%)	5 oseb (21%)	5 oseb (21%)
jajca	10 oseb (41,75%)	10 oseb (41,75%)	4 osebe (16,5%)
60 let in več			
žitarice	2 osebi (28,5%)	2 osebi (28,5%)	3 osebe (43%)
zelenjavo	3 osebe (43%)	2 osebi (28,5%)	2 osebi (28,5%)
sadje	3 osebe (43%)	2 osebi (28,5%)	2 osebi (28,5%)
meso	4 osebe (57%)	3 osebe (43%)	0 oseb (0%)
ribe	1 oseba (14,5%)	5 oseb (71%)	1 oseba (14,5%)
mleko	2 osebi (28,5%)	4 osebe (57%)	1 oseba (14,5%)
jajca	4 osebe (57%)	3 osebe (43%)	0 oseb (0%)

Najbolj nezdravo se prehranjujejo starejši od 60 let. Pojedo premalo žitaric, sadja, zelenjave in mleka. To lahko povežemo s predhodnimi preglednicami in vidimo, da so to večinoma upokoenci z osnovno šolo. Hkrati pa lahko rečemo, da so rizična skupina tudi anketiranci med 18 in 29 letom starosti. Če to povežemo s prejšnjimi preglednicami, ugotovimo, da so to večinoma dijaki in ljudje s končano osnovnošolsko izobrazbo (Preglednica 96).

Preglednica 97: Število obrokov in ekonomsko stanje

	2 obroka	3 obroki	4 obroki	5 obrokov
300-500 €	15 oseb (45,5%)	13 oseb (39,5%)	1 oseba (3%)	4 oseb (12%)
501-700 €	2 osebi (12%)	15 oseb (88%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
701-800 €	1 oseba (7%)	3 osebe (20%)	4 oseb (27%)	7 oseb (46%)
800 € in več	0 oseb (0%)	3 osebe (30%)	1 oseba (10%)	6 oseb (60%)

Še en dokaz več, da se anketiranci z nižjimi dohodki nepravilno prehranjujejo, je število obrokov na dan. Večina jih poje od 2 do 3 obroka na dan. Anketiranci z višjimi dohodki se redno prehranjujejo in tako pojejo v večini 5 obrokov na dan, kar je svetovno znana dnevna norma (Preglednica 97).

Preglednica 98: Število obrokov in izobrazba

	2 obroka	3 obroka	4 obroka	5 obrokov
OSNOVNA ŠOLA	9 oseb (56%)	7 oseb (44%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
POKLICNA ŠOLA	3 osebe (19%)	11 oseb (69%)	0 oseb (0%)	2 osebi (12%)
SREDNJŠOLA	6 oseb (21%)	14 oseb (50%)	3 osebe (11%)	5 oseb (18%)
VIŠJA ŠOLA	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	0 oseb (0%)	2 osebi (20%)	2 osebi (20%)	6 oseb (60%)
MAG	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)
DR	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	2 osebi (100%)

Iz preglednice 98 vidimo, da anketiranci z osnovno šolo pojedjo najmanj obrokov na dan. Višja kot je izobrazba, več obrokov anketiranci pojedjo na dan. Iz tega lahko trdimo, da izobrazba vpliva na zavest ljudi, in da so bolj izobraženi prebivalci bolj informirani o posledicah nezdravega načina prehranjevanja.

Preglednica 99: Število obrokov in spol

	MOŠKI	ŽENSKE
2 obroka	8 oseb (26%)	10 oseb (23%)
3 obroka	12 oseb (39%)	22 oseb (50%)
4 obroka	3 osebe (9%)	3 osebe (7%)
5 obrokov	8 oseb (26%)	9 oseb (20%)

Če pogledamo, kateri spol je bolj izpostavljen nerednemu prehranjevanju, vidimo, da je malenkost več žensk, ki so najštevilčnejše med tistimi, ki zaužijejo tri obroke na dan, medtem ko moški za nekaj odstotkov več zaužijejo štiri in pet obrokov na dan (Preglednica 99). Vse pa seveda velja, če upoštevamo svetovno znano normo, da naj bi bilo priporočljivo in zdravo uživanje petih obrokov na dan.

Preglednica 100: Število obrokov in status

	2 obroka	3 obroka	4 obroka	5 obrokov
dijak	2 osebi (40%)	2 osebi (40%)	0 oseb (0%)	1 oseba (20%)
študent	2 osebi (33%)	2 osebi (33%)	1 oseba (17%)	1 oseba (17%)
zaposlen	9 oseb (20%)	16 oseb (36%)	5 oseb (11%)	14 oseb (33%)
nezaposlen	5 oseb (56%)	3 osebe (33%)	0 oseb (0%)	1 oseba (11%)
upokojenec	0 oseb (0%)	11 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Nezaposleni zavzemajo največ odstotkov anketirancev, ki pojedjo le dva obroka na dan. Če jih primerjamo z zaposlenimi, je slednjih bistveno več takšnih, ki zaužijejo štiri ali pet obrokov na dan. Zanimiva je ugotovitev, da vsi anketirani upokoјenci pojedjo tri obroke na dan. Študenti in dijaki so enako rizične skupine, saj je zelo malo med njimi takšnih, ki zaužijejo štiri ali pet obrokov na dan (Preglednica 100).

Preglednica 101: Število obrokov in starost

	2 obroka	3 obroka	4 obroka	5 obrokov
18-29 let	7 oseb (35%)	7 oseb (35%)	3 osebe (15%)	3 osebe (15%)
30-39 let	1 oseba (8%)	5 oseb (38%)	1 oseba (8%)	6 oseb (46%)
40-49 let	3 osebe (27%)	5 oseb (46%)	0 oseb (0%)	3 osebe (27%)
50-59 let	7 oseb (29%)	10 oseb (42%)	2 osebi (8%)	5 oseb (21%)
60 in več	0 oseb (0%)	7 oseb (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Če pogledamo število obrokov glede na starost, ugotovimo, da so najmlajši in najstarejši najbolj kritične skupine. Če rezultate povežemo s prejšnjimi rezultati preglednic, lahko rečemo, da so najbolj neredni uživalci obrokov strotniki, študenti in dijaki, in sicer tisti z osnovno šolo, starosti od 18 do 29 let in 60 let in več z dohodkom od 300 do 500 € na člana gospodinjstva.

7.16. Ocena ekonomskega stanja

Preglednica 102: Ocena ekonomskega stanja in ekonomsko stanje

	DOBER	SREDNJE DOBER	SLAB	IZREDNO SLAB
300 - 500 €	4 osebe (12%)	8 oseb (24%)	8 oseb (24%)	13 oseb (40%)
501 - 700 €	2 osebi (12%)	13 oseb (76%)	1 oseba (6%)	1 oseba (6%)
701 - 800 €	10 oseb (67%)	4 osebe (27%)	1 oseba (6%)	0 oseb (0%)
801 € in več	7 oseb (70%)	3 osebe (30%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Ocena ekonomskega stanja (Preglednica 102) je pokazala, da so z ekonomskim stanjem najmanj zadovoljni tisti, ki imajo od 300 do 500 € dohodka na člana gospodinjstva. Kar 40 %

jih je ocenilo svoj ekonomski položaj kot izredno slab. Najbolj so zadovoljni tisti z 801 € in več dohodka na člana gospodinjstva, saj so s 70 % ocenili svoj ekonomski položaj kot dober.

Preglednica 103: Ocena ekonomskega stanja in izobrazba

	dober	srednje dober	slab	izredno slab
OSNOVNA ŠOLA	0 oseb (0%)	4 osebe (25%)	4 osebe (25%)	8 oseb (50%)
POKLICNA ŠOLA	3 osebe (19%)	7 oseb (44%)	2 osebi (12%)	4 osebe (25%)
SREDNJA ŠOLA	9 oseb (32%)	14 oseb (50%)	3 osebe (11%)	2 osebi (7%)
VIŠJA ŠOLA	1 oseba (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
VS IN UNI	6 oseb (60%)	3 osebe (30%)	1 oseba (10%)	0 oseb (0%)
MAG	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)
DR	2 osebi (100%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)	0 oseb (0%)

Kot smo na začetku raziskave videli, so nižje izobraženi ljudje slabše plačani, kar se kaže v nezadovoljstvu z ekonomskim stanjem. Videli smo, da imajo ljudje, ki so nižje izobraženi, več zdravstvenih težav kot tisti, ki imajo visoko izobrazbo. Lahko bi rekli, da na to vpliva ekonomsko stanje (Preglednica 103).

Preglednica 104: Ocena ekonomskega stanja in spol

	MOŠKI	ŽENSKE
dober	15 oseb (48%)	8 oseb (18%)
srednje dober	10 oseb (32%)	18 oseb (41%)
slab	3 osebe (10%)	7 oseb (16%)
izredno slab	3 osebe (10%)	11 oseb (25%)

Če pogledamo, kako anketiranci ocenjujejo svoje ekonomsko stanje glede na spol vidimo, da ga ženske ocenjujejo kot zelo slabo, kar je razumljivo glede na to, da smo rekli, da so manj plačane za svoje delo (Preglednica 104). Iz tega lahko sklepamo, da je vzrok njihove zaskrbljenosti prav nizko materialno stanje.

Preglednica 105: Ocena ekonomskega stanja in status

	dober	srednje dober	slab	izredno slab
dijak	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	1 oseba (20%)	2 osebi (40%)
študent	1 oseba (17%)	4 osebe (66%)	1 oseba (17%)	0 oseb (0%)
zaposlen	20 oseb (45%)	17 oseb (39%)	6 oseb (14%)	1 oseba (2%)
nezaposlen	0 oseb (0%)	3 osebe (33%)	1 oseba (11%)	5 oseb (56%)
upokojenec	1 oseba (9%)	3 osebe (27%)	1 oseba (9%)	6 oseb (55%)

Glede na status svoje ekonomsko stanje najslabše ocenjujejo nezaposleni in upokojenci. Kot smo ugotovili, imajo najnižje dohodke in s tem pojav bolezni. Lahko sklepamo, da so njihove bolezni vzrok stalnih ekonomskih stresov (Preglednica 105).

Preglednica 106: Ocena ekonomskega stanja in starost

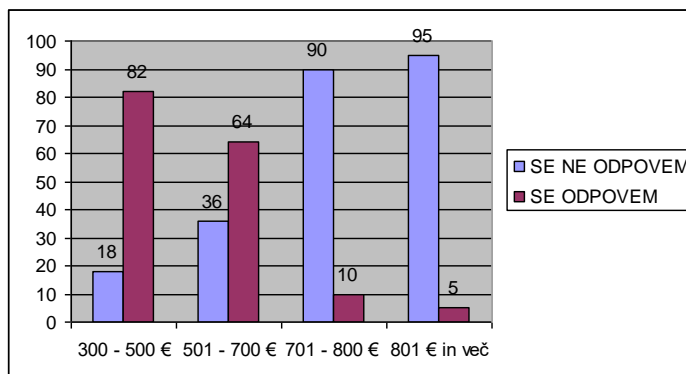
	dober	srednje dober	slab	izredno slab
18-29 let	6 oseb (30%)	8 oseb (40%)	3 oseb (15%)	3 oseb (15%)
30-39 let	7 oseb (54%)	5 oseb (38%)	1 oseba (8%)	0 oseb (0%)
40-49 let	4 osebe (36%)	4 osebe (36%)	1 oseba (9%)	2 osebi (19%)
50-59 let	6 oseb (25%)	9 oseb (38%)	5 oseb (21%)	4 osebe (16%)
60 in več let	0 oseb (0%)	2 osebi (29%)	0 oseb (0%)	5 oseb (71%)

Najbolj nezadovoljni z ekonomskim stanjem so tisti, ki imajo 60 let in več (Preglednica 106).

Subjektivna ocena ekonomskega položaja je pokazala, da so tisti z nizkim dohodkom zelo nezadovoljni s svojim položajem. Lahko sklepamo, da se to nezadovoljstvo kaže v številnih težavah z zdravjem in poseganjem po nezdravem življenjskem slogu. Torej bi morali posegati v vir problema, ne pa zdraviti posledice, v tem primeru bolezni.

7.17. Odpovedovanje nakupu stvari

Slika 6: Ekonomski status in odpovedovanje nakupu stvari



Če pogledamo, katere ekonomske skupine so se morale največ odpovedovati pri nakupu stvari ugotovimo, da je to skupina z najnižjim ekonomskim stanjem. Bolj kot se ekonomsko stanje povečuje, manj se morajo anketiranci odpovedovati nakupom. Lahko sklepamo, da je vir zaskrbljenosti pri anketirancih, ki imajo nizek dohodek, prav pri odpovedovanju nakupu stvari. Odpovedujejo se veliko stvarjem in s tem boljši kvaliteti zdravja (Slika 6).

Anketiranci z nizkimi dohodki se najpogosteje odpovedo boljši kvaliteti mesa, zelenjavi, boljšim oblačilom, boljšemu avtomobilu, medtem ko tisti, ki imajo višji dohodek, nimajo teh težav.

8. RAZPRAVA

Zdravje je skupek telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih in socialnih prvin. Za integriteto organizma in zdravja je pomembno vzdrževati vse te prvine. Ena z drugo so globoko povezane in so v interakciji. Za vzdrževanje zdravja je potrebno imeti dobre pogoje za življenje, kot so zdrava prehrana, primerno bivališče, družabno življenje in znanje. Revščina pomeni pomanjkanje materialnih dobrin, ki je hkrati stalna spremljevalka družbe in družbeni problem. Revščino povzroča brezposenost, prenizke plače, prenizke socialne denarne pomoči in nepravilna razdeljenost materialnih dobrin v državi. Materialno ogroženost lahko še poslabšajo bolezen, spol, invalidnost, itd. Če govorimo o absolutni revščini govorimo o tem, da posameznik ali družina ne dosegajo minimum za preživetje, relativna revščina pa pomeni biti v družbi najrevnejši. Pomanjkanje dobrin in razvrščanje v razrede lahko resno ogrožita zdravje ljudi. Že občutek, da si najrevnejši v družbi resno ogroža zdravje. Socialne neenakosti lahko med prebivalci povzročijo socialno izolacijo. Ti ljudje so psihološko uničeni in imajo več možnosti za nastanek bolezni, zlasti kardiovaskularnih. Bolj kot ljudje živijo v ekonomsko stresnih in socialnih okoliščinah, bolj so izpostavljeni stresu. Tisti, ki so na dnu ekonomske lestvice imajo večinoma fizična delovna mesta, ki so običajno slabše plačana. Takšna delovna mesta so lahko povzročitelj muskulo-skeletnih in kardiovaskularnih bolezni. Nezaposlenost je lahko povzročitelj še večjih težav z zdravjem, zlasti težav z mentalnim zdravjem in s tem posledično nastankom skupine drugih bolezni. Če ob materialnem pomanjkanju človek nima socialne podpore je možnost nastanka socialnega zloma. Socialno-ekonomsko pomanjkanje lahko privede do alkoholne odvisnosti, uporabe drog in tobaka. Poleg odvisnosti lahko nizko ekonomsko stanje posameznika povzroči nedohranjenost, kot npr. avitaminoza ali debelost. Ljudje, ki so na dnu socialno-ekonomske lestvice posegajo po cenovno ugodnejših hranilih, ki velikokrat imajo visoko vsebnost maščob, sladkorja in soli. Predvsem pa med revnejšimi velja, da se manj gibajo, ker običajno opravljajo fizična dela in se jim posledično zdi dodatna rekreacija oz. gibanje nepotrebno. Ob nepravilnem prehranjevanju in nezadostnem gibanju imajo možnost za nastanek kardiovaskularnih bolezni, sladkorne bolezni, raka, debelosti, itd.

Z analizo anket smo ugotovili razliko v zdravju med anketiranci, glede na ekonomsko stanje, spol, izobrazbo, status in starost.

Tisti ki so najnižje na dohodkovni lestvici so najpogostejši obiskovalci zdravnika. Največkrat ga obiščejo zaradi bolečin v križu, zaskrbljenosti, močnega razbijanja srca, bolečine v prsih, težav z dihanjem in glavobola. Med anketiranci z višjimi dohodki je manj obiskovalcev zdravnika. Analiza težav v zadnjem letu je pokazala, da so imeli največ težav z zdravjem tisti, ki so na dnu ekonomske lestvice. Največ jih je imelo težave s potrtostjo, zvišanim tlakom in prebavo. Kar pa je najbolj zaskrbljujoče je, da so imeli posamezni anketiranci več težav hkrati. Najmanj težav v zadnjem letu so imeli tisti z najvišjim ekonomskim stanjem, le s prebavo in nemirnostjo. Tudi pojav diagnosticiranih bolezni potrjuje sum, da imajo anketiranci, ki so na dnu ekonomske lestvice več težav z zdravjem. Med njimi je veliko takšnih, ki imajo diagnosticiranih več bolezni hkrati, med drugim s povišanim krvnim tlakom, kroničnim gastritisom, povišanim sladkorjem in depresijo. Temu primeren je pokazatelj zadovoljstva z zdravjem. Tisti, ki so na dnu ekonomske lestvice so ocenili svoje zdravje z zelo nizko oceno, medtem ko so tisti, ki so na vrhu ekonomske lestvice svoje zdravje ocenili z dobro oceno. Med anketiranci z nizkim materialnim stanjem je zelo malo takšnih, ki se ukvarjajo s športom. Najbolj pa je zaskrbljujoče to, da tisti z nizkom materialnim stanjem za zmanjševanje skrbi posegajo po nezdravem življenjskem slogu. Začnejo se nepravilno prehranjevati, se prenajedajo, posegajo po sladkorni dieti, jedo veliko mesa, sladkarij, zelo malo žitaric, sadja in zelenjave in pojedjo premalo obrokov na dan. Tisti z nižjim dohodkom tudi več kadijo, vendar manj posegajo po alkoholnih pijačah. Vse bolezni in vedenje anketirancev lahko povežemo z ekonomskim stanjem, saj so tisti, ki so na dnu ekonomske lestvice najslabše ocenili ekonomsko stanje in največkrat se odpovedo različnim stvarim v življenju. Življenje v pomanjkanju in občutek nemoči pripelje do različnih bolezni in nepravilnih vedenj, ki vplivajo na zdravje.

Upokojenci in nezaposleni so najbolj izpostavljeni boleznim. Imajo zelo veliko različnih bolezni in njihovo slabo zdravje se kaže z različnimi simptomi. Kar je še posebej zanimivo, je, da bi nezaposleni morali, ker ne delajo, biti bolj zdravi, vendar temu ni tako. Vpliva dela sicer nimajo, vendar imajo vseeno slabše materialno stanje in to se kaže skozi fiziološke znake na organizmu. To dokazuje tudi dejstvo, da imajo upokojenci in nezaposleni v večini najnižje dohodke na člana gospodinjstva.

Z anketami smo ugotovili, da so ženske bolj izpostavljene boleznim in da pogosteje obiskujejo zdravnika. Bolj so dovzetne za nezdrav življenjski slog. Nepravilno se prehranjujejo, imajo premalo obrokov na dan, več kadijo kot moški in so manj zadovoljne s

svojim zdravstvenim in ekonomskim stanjem. Vse to bi lahko povezali z dejstvom, da so ženske manj plačane za svoje delo.

Anketiranci, ki so bolj izobraženi, imajo manj težav z zdravjem, se bolj zdravo prehranjujejo, se veliko gibljejo, manj kadijo, so bolj zadovoljni s svojim ekonomskim in zdravstvenim stanjem. To vse bi lahko povezali z tem, da imajo visoke prihodke na člana gospodinjstva. Analize anket so pokazale, da večina anketiranih, ki se uvršča v najnižjo ekonomsko skupino ima osnovnošolsko ali poklicno izobrazbo, da so to ženske, upokojenci in nezaposleni. Lahko bi rekli, da izobrazba in status sam po sebi v veliki večini določa ekonomsko stanje.

Vloga medicinske sestre je predvsem to, da gleda človeka celostno, pri tem upošteva vse njegove komponente osebnosti. Je zelo pomembna pri odkrivanju revščine saj je v vsakodnevnem stiku z različnimi ljudmi iz vseh starostnih struktur. Medicinska sestra velikokrat odkriva prikrito revščino. Med njimi so velikokrat starejši samski ljudje, begunci, priseljenci, matere samohranilke, invalidi, itd. Takšni ljudje so najpogostejše na dnu socialno-ekonomske lestvice in velikokrat je njihovo ekonomsko stanje povzročitelj bolezni in odvisnosti. Medicinska sestra bi se morala več usmerjati v ranljive skupine, zagotavljati pravice in predvsem se več usmerjati v družinsko zdravstveno nego. Medicinske sestre bi se tudi morale zavedati, da revščina vpliva na psihološko stanje posameznika. Revščina lahko vpliva na nizko samopodobo ljudi, in takšni ljudje nimajo ekonomskih virov ali znanja za zdrav življenjski slog. Revščina lahko prinaša veliko bolezni, npr. ob izgubi zaposlitve in vira dohodka so ljudje zaskrbljeni in v stresu, pri katerih se lahko manifestirajo različne bolezni in odvisnosti drog, alkohola in kajenja. Zdravstveni delavci velikokrat naredijo napako pri tem, da svetujejo ljudem o zdravem življenjskem slogu, ne da bi pogledali poglobljen vzrok njihovega obnašanja. Medicinska sestra mora človeka gledati celostno in pogledati, kaj se skriva za tem obnašanjem. Lahko je slabo materialno stanje ali pa zgolj pomanjkanje znanja o zdravem življenjskem slogu. Medicinska sestra je velikokrat v neposrednem stiku z mnogimi bolniki, ki tožijo po različnih simptomih. Medicinska sestra mora bolnika temeljito izprašati in ugotoviti vzroke. Če so vzroki v slabem materialnem stanju, se mora povezovati s službami, ki poskrbijo za tovrstne probleme. Če materialno stanje povzroča stres in s tem slab življenjski slog, mora medicinska sestra svetovati tehnike obvladovanja stresa in preveriti znanje o zdravem življenjskem slogu. Če je prisotno neznanje, svetuje o zdravem življenjskem slogu.

Vse postavljene hipoteze lahko potrdimo. Slabo materialno stanje vpliva na nastanek bolezni in medicinska sestra ima pomembno vlogo pri prepoznavanju bolezni, ki so posledica slabega socio-ekonomskega stanja.

9. ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

V diplomski nalogi smo ugotovili in prišli do spoznanja, kot tudi do potrditve pomembnega dejstva, da je nizko ekonomsko stanje nedvomno eden od vzrokov za nastanek množice bolezni v današnji družbi. S tem smo potrdili, da ekonomsko stanje tako neposredno, kot tudi posredno vpliva na zdravje. Revščina ali materialno pomanjkanje je lahko posledica slabega ekonomskega stanja, katerega povzročitelji oz. vzroki so brezposelnost, prenizko plačilo za opravljeno delo (posledično prenizke plače), prenizke denarne socialne pomoči in nizke pokojnine.

Z analizo anket smo ugotovili, da slabo materialno stanje (ekonomsko stanje) vpliva na zdravje, kot tudi to, da ljudje s slabim materialnim stanjem posegajo po nezdravem življenjskem slogu. Raziskava je pokazala, da so skupine nezaposlenih, upokojencev in žensk najbolj izpostavljene težavam z zdravjem in dejavnikom tveganja za nastanek bolezni, česar povzročitelji so med drugim tudi nizko materialno stanje oz. nizek osebni prihodek. Anketiranci z najnižjo stopnjo izobrazbe so najbolj izpostavljeni boleznim in dejavnikom tveganja, kar prav tako lahko povežemo z njihovim ekonomskim stanjem, ki je na ekonomski lestvici najnižje. Dejstvo je, da je nizek dohodek eden od povzročiteljev bolezni v današnjem času. Tisti ljudje, ki imajo nizko materialno stanje, imajo več bolezni in prakticirajo nezdrav življenjski slog.

Medicinska sestra je pomembna pri odkrivanju revščine, saj je v neposrednem stiku z veliko ljudi vseh starostnih skupin. Predvsem patronažne medicinske sestre imajo možnost zaznavanja revščine skozi daljše obdobje in odkrivati prikrito revščino, ki je prisotna pri ljudeh s posebnimi potrebami, pri kronično obolelih, invalidih, starejših samskih osebah, samohranilkah, vdovah z večjim številom otrok, beguncih, priseljencih, itd. Medicinske sestre bi se morale zavedati psiholoških sprememb, ki se pojavljajo pri ljudeh v revščini. Obravnava človeka celostno in ugotavlja, zakaj se je določena bolezen manifestirala. Ugotavlja, ali je prakticiranje slabega življenjskega sloga posledica neznanja ali je posledica ublažitve psihičnih problemov in stresov. Glede na to nudi zdravstveno vzgojo o zdravem življenjskem slogu, je ključna oseba pri odkrivanju revščine in je lahko posrednik z določenimi službami, ki skrbijo za revne družine ali posameznike.

Zavedati se moramo, da je revščina problem države in državne politike. Politika je ta, ki bi morala skrbeti za izkoreninjenje revščine, s čimer bi imeli manj bolezni, ki so posledica slabega materialnega stanja. V prihodnosti bi medicinska sestra morala imeti večjo vlogo pri odkrivanju revščine, tudi na ta način, da bi bolj tesno sodelovala s službami, ki imajo pooblastila za dostop do ekonomskih virov prebivalstva.

10. SEZNAM VIROV

1. Adam P. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana, 2002: 77-103.
2. Hajdinjak G., Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 2006: 9-17, 266-275.
3. Luznar N. *Zdravstvena nega v izvajanju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu* *Obzor Zdr N* 2002; 36: 219-223.
4. Scambler G. *Sociology as applied to medicine: published by Elsevier Health Sciences of London*, 2003: 37-59.
5. Šmitek J. *Revščina, ženske in zdravstvena nega*. *Obzor ZdrN* 2005; 39: 104-110.
6. Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health: the solid fact*. 2nd ed. Denmark, 2003: 7-32.
7. Toš N., Malnar B. *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2002: 16-32.
8. *Zdravje*: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje> <8.2.2009>.
9. Helman C. *Culture, health and illness*. 5th ed London, 2007: 5, 287, 290.
10. Rogers A., Pilgrim D. *A sociology of mental health and illness*. 3rd ed. London, 2005: 44.
11. Bury M., Gabe J. *The sociology of health nad illness*. London, 2004: 7-8, 135-140.
12. Nettleton S. *The sociology pf health and illness*. 2nd ed. Cambridge, 2006: 169-170, 183-186, 194-198.
13. Annaduale E. *The sociology of health and medicine: A critical introduction*. Cambridge, 2007: 4-5, 11-12.
14. Andolšek S. *Uvod v zgodovino socioloških teorij*. Ljubljana, 1996: 125.
15. Šonc S. *Zapiski pri predmetu sociologija*. Izola, 2008.
16. Jambrek P. *Uvod v sociologijo*. Ljubljana, 1997: 93-94, 99.
17. Beck U. *Družba tveganja na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana, 2001: 23.
18. Moore S. *Sociologija/ključni pojmi in dejstva*. Ljubljana, 1997: 114-115.
19. Rakovec F.Z. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 2002: 60-61.
20. Starc R. *Bolezni zaradi stresa*. Ljubljana, 2008: 185-186.

11. PRILOGE

VPRAŠALNIK

Pozdravljeni,

sem Amela Lević, študentka Visoke šole za zdravstvo v Izoli. Anketa, ki je pred vami, mi bo v veliko pomoč za izdelavo diplomske naloge. Z nalogo bom poskušala ugotoviti, ali ima naš ekonomski položaj (višina plače, pokojnine, invalidnine ali druge oblike dohodka) kakršen koli vpliv na naše zdravje ali pa takega vpliva nima.

Nalogo sem nasloвила: VPLIV EKONOMSKIH RAZMER NA ZDRAVJE.

Vprašalnik je anonimen. Na vprašanja odgovarjate tako, da obkrožite črko pred Vašim izbranim odgovorom.

Če je vprašanje odprtega tipa, dopišite ustrezen odgovor.

Za Vaše sodelovanje se Vam že vnaprej zahvaljujem.

I. SPLOŠNI PODATKI

1. SPOL:

- a) ženski
- b) moški

2. STAROST:

- a) 18-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50-59 let
- e) 60 in več: napišite koliko _____

3. ZAPOSLOTVENI STATUS:

- a) dijak
- b) študent
- c) zaposlen
- d) nezaposlen
- e) upokojenec
- f) drugo : _____

4. STOPNJA VAŠE IZOBRAZBE:

- a) osnovna šola (I., II.)
- b) poklicna šola (IV.)
- c) srednja šola (V.)
- d) višja (VI.)
- e) visoka in univerzitetna šola (VII.)
- f) magisterij (VIII.)
- g) doktorat znanosti (VIII/2)

5. OKOLJE, KJER ŽIVITE :

- a) mestno
- b) predmestno
- c) vaško

6. STANOVANJSKO RAZMERJE:

- a) lastnik stanovanja
- b) lastnik hiše
- c) najemnik stanovanja ali hiše
- d) drugo _____

II. OBISKOVANJE ZDRAVNIKA

1. KAKO POGOTO OBIŠČETE ZDRAVNIKA (npr. v enem letu):

- a) ga ne obiskujem;
- b) občasno (kolikokrat na mesec _____)
- c) pogosto (kolikokrat na mesec _____)
- d) zelo pogosto (kolikokrat na mesec _____)

2. ČE OBISKUJETE ZDRAVNIKA, ZARADI KATERIH TEŽAV GA OBIŠČETE:

	NIKOLI	REDKO	OBČASNO	POGOSTO
- zaradi pogostih glavobolov	x	x	x	x
- zaradi prehlada	x	x	x	x
- zaradi močnega razbijanja srca	x	x	x	x
- zaradi bolečin v prsih	x	x	x	x
- zaradi težav z dihanjem	x	x	x	x
- zaradi bolečin v križu	x	x	x	x
- zaradi slabosti	x	x	x	x
- zaradi zaskrbljenosti	x	x	x	x
- drugo: _____	x	x	x	x

3. ALI STE V ZADNJEM LETU IMELI KATERO OD SPODAJ NAŠTETIH TEŽAV?

- a) s prebavo
- b) z nemirnostjo in občutenjem, da sem pod stalnim pritiskom
- c) s potrtostjo in brezvolnostjo
- d) zvišanim tlakom
- e) zvišanim sladkorjem
- f) s srcem in ožiljem
- g) drugo: _____

4. ZA KATERO BOLEZNIJO SE REDNO ZDRAVITE? _____

5. KAJ VAM POMENI ZDRAVJE? _____

III. SAMOOCENITEV ZDRAVSTVENEGA STANJA

1. OCENITE SVOJE ZDRAVSTVENO STANJE:

- a) zelo slabo
- b) slabo
- c) dobro
- d) zelo dobro
- e) odlično

IV. TELESNA AKTIVNOST:

1. ALI SE UKVARJATE S ŠPORTOM?

a) da

b) ne

2. ČE DA, KOLIKO:

	1 UR	2 UR	2 IN VEČ
- enkrat na teden	x	x	x
- dvakrat in več na teden	x	x	x
- enkrat na mesec	x	x	x
- se ne ukvarjam z športom	x	x	x

3. ALI IMATE MORDA KAKŠEN HOBI IN ČE GA IMATE, NAPIŠITE

KATEREGA: _____

V. RAZVADE

1. ALI KADITE?

a) da

b) ne

2. KATERE IZMED NAVEDIH IZJAV BI POTRDILI:

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
- uživam veliko mastne hrane	x	x	x
- uživam zelo veliko sladkarij	x	x	x
- jem zelo veliko mesa	x	x	x
- pijem veliko alkohola	x	x	x
- rad se prenajedam	x	x	x
- preveč kadim	x	x	x
- preveč pijem kave	x	x	x

3. ALKOHOL PIJEM:

- a) vsak dan
- b) enkrat na teden
- c) ob priložnostih
- d) ne pijem alkohola
- e) v družbi
- f) po kosilu
- g) po hrani

VI. ZDRAVA PREHRANA**1. KOLIKOKRAT NA TEDEN JESTE:**

	REDNO	OBČASNO	ZELO REDKO
- žitarice	x	x	x
- zelenjavo	x	x	x
- sadje	x	x	x
- meso	x	x	x
- ribe	x	x	x
- mleko	x	x	x
- jajca	x	x	x

2. REDNO UŽIVAM ____ OBROKOV NA DAN.**VII. DOHODKI NA ČLANA DRUŽINE****1. DOHODEK NA ČLANA GOSPODINJSTVA:**

- a.) 300-500
- b.) 501-700
- c.) 701-800
- d.) 800 in več

2. KAKO BI OCENILI SVOJ EKONOMSKI POLOŽAJ :

- a) dober
- b) srednje dober
- c) slab
- d) izredno slab

3. ČEMU SE MORATE NAJPOGOSTEJE ODPOVEDATI PRI NAKUPU STVARI, KI BI POZITIVNO VPLIVALE NA VAŠE ZDRAVJE:

	NIKOLI	OBČASNO	POGOSTO
- zelenjavi	x	x	x
- vitaminskim dodatkom	x	x	x
- boljši kvaliteti mesa	x	x	x
- boljši zdravstveni storitvi	x	x	x
- se ne odpovem	x	x	x
- drugo: _____			